

HOMOGENEIDADE E RENTABILIDADE: O CASO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

HOMOGENEITY AND PROFITABILITY: THE CASE OF HEALTH INSURANCE PROVIDER

Claudineia Kudlawicz¹
Pedro José Steiner Neto²
José Roberto Frega³

Resumo: Este artigo objetiva analisar a existência de homogeneidade na rentabilidade das empresas do setor de planos de saúde no Brasil, no período de 2005 a 2011. Na definição da rentabilidade utilizou-se o Retorno sobre o Ativo e para a análise, a ANOVA. Sua contribuição está em aprofundar a discussão sobre o setor, que é pouco explorado e possui grande importância para a sociedade, no que tange ao cenário da saúde, abordando a rentabilidade das Operadoras de Planos de Saúde como elemento-chave para sua permanência no mercado nacional. Os resultados identificaram homogeneidade em alguns períodos, mas também uma queda em sua rentabilidade, ocasionada por fatores que, por serem determinantes ambientais não estão sob o domínio das mesmas.

Palavras-chave: Rentabilidade. Homogeneidade. Operadoras de Planos de Saúde.

Abstract: *This article aims to analyze the existence of homogeneity on the profitability of the sector health plans in Brazil, in the period 2005-2011. In the definition of profitability used the Return on Assets and for analysis, by ANOVA. His contribution is to deepen the discussion about the industry, which is largely unexplored and has great importance to society, regarding the health scenario, addressing the profitability of operators Health Plans as key to its permanence in the national market. The results showed homogeneity in some periods, but also a fall in profitability, caused by factors that are considered important environmental are not under the control of the same.*

Keywords: Profitability. Homogeneity. Operators Health Plans.

¹ Mestre em Contabilidade pela Universidade Federal do Paraná. Professora das Faculdades OPET. Endereço: Rua Ipiranga, nº 200, Bairro Capão Raso. CEP: 81110-410 – Curitiba/PR – Brasil. E-mail: claudineia09@yahoo.com.br Telefone: (41) 3633-1483

² Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo. Professor do Mestrado e Doutorado em Administração da Universidade Federal do Paraná. Endereço: Avenida Prefeito Lothário Meissner, nº 632 – 2o Andar – Campus III – Bairro: Jardim Botânico. CEP: 80210-170 – Curitiba/PR – Brasil. E-mail: pedrosteiner@ufpr.br Telefone: (41) 3360-4736

³ Doutor em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Professor do Mestrado e Doutorado em Administração da Universidade Federal do Paraná. Endereço: Avenida Prefeito Lothário Meissner, nº 632 – 2o Andar – Campus III – Bairro: Jardim Botânico. CEP: 80210-170 – Curitiba/PR – Brasil E-mail: jose.frega@gmail.com Telefone: (41) 3360-4365

1 Introdução

Cumprir sua missão com o maior êxito possível, de maneira superior a sua concorrência, usando para isso um rol de ferramentas estratégicas que agregue valor ao seu produto, sendo este um tipo de serviço, um bem durável ou um bem de consumo, é o objetivo das organizações capitalistas. Em especial, daquelas que almejam fins lucrativos e para quem a valoração de seu produto é imprescindível. A essa capacidade relacionam-se as vantagens competitivas de uma organização (PORTER, 1989).

A lógica da burocracia descrita por Weber (1967) apresenta a organização sendo formal e composta por uma estrutura sistematizada, apoiada em processos explícitos e regulares, de cunho impessoal, e criada em prol do controle e da previsibilidade; uma estrutura sistematizada com o objetivo específico de formular e construir um produto, seja ele tangível ou não.

Seguindo os pensamentos de Porter (1989) as vantagens competitivas são aquelas geradas pela produtividade de uma nação e, por conseguinte das organizações que lhe compõem. Para o autor é a produtividade que define o valor do produto, através do trabalho e do capital empregados em seu processo de produção.

Assim, pode-se entender por vantagens competitivas alguns artefatos organizacionais que impactam no tempo de produção e no capital destinado a ela, como: valorização do cliente, qualidade superior do produto, valoração da marca, legitimidade da organização, técnicas produtivas de baixo custo, manutenção da propriedade industrial e intelectual, protecionismo governamental e mão de obra especializada. Uma vez que essa multiplicidade de fatores é de contínua manutenção, perceber as mudanças do ambiente em que a organização está inserida é o caminho para desvendar as oportunidades do mercado. Dessa forma, tais vantagens competitivas resumem as consideráveis hipóteses explicativas sobre a superioridade de uma organização em seu ambiente de atuação, e, portanto se tornam objetivo da gestão estratégica.

Um ambiente altamente competitivo demanda procedimentos de controle e de avaliação de desempenho constantes, a fim de se medir o grau de probabilidade de permanência no mercado. Muitas vezes, nesse ambiente mercadológico dinâmico, medidas como manutenção de rentabilidade e outros tipos de intervenções são exigidas dos gestores organizacionais. Nesse contexto, a rentabilidade é utilizada como variável de desempenho. Ao utilizá-la como eixo de informações principais, considera-se sua multidimensionalidade, decorrente de suas diversas métricas, incrementando seu papel na análise da competitividade empresarial e seus desdobramentos no comportamento econômico e financeiro do setor (Enriquez, 2007).

O setor de saúde não é diferente. Algumas entidades que nele atuam, como as Operadoras de Planos de Saúde (OPS), precisam manter sua competitividade, mantendo ou melhorando a qualidade de seus produtos, garantindo sua rentabilidade, e se preocupando com o seu caráter legitimador, a fim de efetivarem sua permanência no mercado. De um modo geral, identificar a homogeneidade da rentabilidade das organizações é crucial para se analisar os diversos agentes econômicos, sociais e legais, implícitos e explícitos, identificando desta forma, os fatores que podem vir a afetá-lo.

No panorama geral das OPS observa-se que algumas fecham suas portas, por motivos de competitividade, dentre eles, por não apresentar a rentabilidade prevista para sua manutenção e investimentos, negligenciando suas estruturas. A questão de rentabilidade

exige atenção não só em sua busca, mas em sua manutenção para colaborar com a longevidade da organização. Para analisar esse movimento, mensurar o grau de homogeneidade da rentabilidade dessas empresas de forma longitudinal é fundamental para se entender melhor o setor e seu real potencial de continuidade. A partir disso, este estudo se propõe a responder a seguinte questão de pesquisa: Existe homogeneidade na rentabilidade das empresas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil, no período que compreende 2005 à 2011?

Com esse artigo objetiva-se identificar a existência, ou não, de homogeneidade na rentabilidade do setor de planos de saúde no Brasil, no período que compreende de 2005 à 2011. Com isso, este estudo pretende contribuir para uma análise mais profunda sobre o setor, identificando critérios e analisando o seu impacto no quadro geral das operadoras de planos de saúde, por meio da análise dos dados de rentabilidade e da sua tendência à homogeneidade longitudinal ou não.

O estudo, além da introdução, é composto por cinco seções. Na sequência, o Marco Teórico, abordando os conceitos de rentabilidade, características do setor e estudos relacionados ao tema. Após, apresenta-se a metodologia, relatando a coleta e o tratamento dos dados. Os resultados e a análise dos dados são relatados na seção quatro. Em seguida, a considerações finais, e por fim, as referências utilizadas.

2 Revisão da Literatura

2.1 Rentabilidade

No que tange à rentabilidade, as principais decisões das empresas são relativas aos investimentos e financiamentos. No entanto, estas decisões não podem ser tomadas de forma independente, sem um olhar holístico da organização para si mesma e para o seu ambiente de interação com outras organizações. Os gestores devem considerar em suas decisões a necessidade de um equilíbrio financeiro que contemple uma adequação entre maturidade de passivos e capacidade de geração de caixa dos ativos (ASSAF, 2010).

As decisões de investimentos e financiamento são tomadas para assegurar a continuidade do negócio, sua atratividade, quer mantendo o *status* ou crescendo organicamente, ou por meio de aquisições e/ou fusões. Nesse processo, os modelos de decisão que subsidiam os gestores devem incorporar também as variáveis relativas aos prazos e valores dos ativos envolvidos.

A saúde financeira da empresa pode ser avaliada por meio de um indicador de rentabilidade. “Os índices deste grupo mostram qual a rentabilidade dos capitais investidos, isto é, quanto renderam os investimentos e, portanto, qual o grau de êxito econômico da empresa” (MATARAZZO, 2010). A rentabilidade pode ser considerada uma medida da excelência do grau de sucesso econômico de uma determinada empresa.

O principal objetivo da empresa é atingir uma rentabilidade adequada em relação ao binômio risco e retorno. Portanto, o lucro é peça fundamental para a mensuração e análise da rentabilidade dos investimentos ou do capital inicial investido (PIMENTEL, BRAGA, CASA NOVA, 2005).

O desempenho de uma empresa, quanto à rentabilidade e solvência, pode ser medido com base nos indicadores econômicos e financeiros, e não pode ser compreendido de maneira isolada. Cepefin (2009) nesse contexto, argumenta que a discussão dos fluxos financeiros básicos da empresa e a análise da rentabilidade se ocupam da capacidade da empresa em gerir

suas atividades e tomar suas decisões financeiras relativas à parcela de recursos de receita que não é comprometida por custos e despesas.

Para ANS (2006 *apud* Soares, 2006) o indicador de rentabilidade expressa e atratividade financeira do setor, indicando se os riscos incorridos na operação estão tendo retornos adequados ou não. Nos casos negativos, os gestores encontrarão dificuldades na obtenção de financiamentos e aportes (complementares) de capital por parte de investidores.

Salvo empreendimentos com finalidades específicas quanto à duração, as organizações buscam assegurar a sua continuidade de forma sustentável no mercado; do ponto de vista da saúde financeira, mantendo sua rentabilidade num patamar aceitável. Conforme o Cepefin (2009), de certa forma, as avaliações de rentabilidade e os indicadores utilizados para tanto ajudam o analista a compreender a capacidade de geração de recursos por parte da empresa em diferentes critérios.

A rentabilidade mede quão rentáveis são os capitais investidos, isto é, quanto renderam os investimentos e, portanto, qual o grau de êxito econômico da empresa (MATARAZZO, 2010). O sucesso de uma empresa, nesse viés, depende em primeiro lugar de um volume de vendas adequado, e este tem relação direta com o montante de investimentos. Dessa forma, não se pode dizer se uma empresa está vendendo muito ou pouco olhando apenas para o valor absoluto de suas vendas (MATARAZZO, 2010), mas é necessário olhar alguns indicadores que auxiliam nessa análise de forma mais global.

2.2 O setor de saúde privada

As características do setor de saúde suplementar podem revelar aspectos que contribuem para entender melhor sua complexidade, pois "(...) coexistem empresas com e sem fins lucrativos; empresas reconhecidas como de utilidade pública ou não; empresas constituídas sob a forma de sociedade por quotas de responsabilidade limitada e cooperativas" (CARDOSO, 2005).

Segundo a ANS, na RDC 39/2000, as operadoras são classificadas nas modalidades: i) Cooperativa Médica sendo as sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme a Lei 5.764/1971 e que operam Planos Privados de Assistência à Saúde; ii) Cooperativa odontológica sendo as sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme a mesma Lei das Cooperativas Médicas, mas que operam exclusivamente Planos Odontológicos; iii) Administradora, caracterizada pela RN nº 196/2009, são entidades que apenas administram os planos de assistência à saúde de outra operadora, não realizando atendimento ao beneficiário e não assumindo os riscos decorrentes da operação; iv) Autogestão: Pessoa jurídica, que por intermédio de departamento próprio, opera plano privado de assistência médica à saúde exclusivamente aos seus sócios, aos seus empregados e ex-empregados, aos seus administradores, aos seus aposentados, aos seus pensionistas e respectivo grupo de dependentes familiares, que é limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo (Resolução-ANS RN nº 137/2006); v) Filantropia: São as entidades sem fins lucrativos que tenham obtido o certificado de entidade filantrópica junto ao CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social e declaração de utilidade pública junto aos órgãos federal, estadual ou municipal; vi) Medicina de Grupo como as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que não estão classificados nas modalidades acima; vii)

Odontologia de Grupo como sendo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

A partir do ano de 2001, com a edição da Lei nº. 10185, as Sociedades Seguradoras passaram a ser fiscalizadas pela ANS no que se refere à comercialização dos seguros-saúde. Para tanto, o produto seguro foi cindido em seguros (em geral) e seguro-saúde. Para comercializar o produto seguro-saúde surgiram empresas que operam nessa modalidade, as Seguradoras Especializadas em Saúde (SES), submetidas às regras da ANS. Os demais produtos de seguros continuaram sendo comercializados pelas demais seguradoras regulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Com relação à forma de pagamento os planos podem ser pré pagos ou pós pagos. Um plano é pré pago quando existe um contrato, uma mensalidade a ser paga independentemente de se utilizar os serviços da operadora ou não, neste caso a operadora assume o risco financeiro de inadimplência do beneficiário e poderá deixar de prestar os serviços de assistência médica somente após sessenta dias de atraso na mensalidade. No plano pós-pago, o beneficiário primeiro recebe o atendimento e somente após efetua o pagamento, desta forma, a operadora assume o risco financeiro de inadimplência por parte do beneficiário, que já usufruiu dos serviços. Para reduzir esse risco, as OPS podem exigir antecipadamente garantias, como depósito inicial, entre outras.

Diferentemente dos outros setores econômicos, as empresas do setor de saúde privada têm seu porte definido conforme a quantidade de beneficiários em sua carteira. A Resolução Normativa 159/2007 estabelece: (i) operadoras de pequeno porte a pessoa jurídica com número de beneficiários inferior a vinte mil; (ii) operadoras de médio porte as pessoas jurídicas com número de beneficiários entre vinte mil e cem mil e; (iii) operadora de grande porte a pessoa jurídica com número de beneficiários superior a cem mil.

O relatório da ANS (2012) evidencia que a taxa de rotatividade dos planos de saúde em 2011 foi próximo a 30%. Taxa nesse nível indica que de cada dez beneficiários três trocaram de plano. Os motivos certamente são diversos, mas destaca-se um que pode ter influenciado a ação dos beneficiários: o benefício da portabilidade. As Resoluções Normativas números 186/2009 e 252/2011 eliminaram uma barreira há muito tempo existente que impedia que os beneficiários trocassem de plano devido à exigência de carência. Os termos das referidas resoluções eliminaram o cumprimento dessa carência exigida no momento em que se contrata um plano. O estabelecimento de um marco legal certamente viabilizou a rotatividade dos planos de saúde entre as OPS, mas também podem ser citados outros motivos para isso, como a ineficiência dos serviços prestados e outros ligados com a satisfação dos beneficiários.

A saúde suplementar, onde atuam as OPS, é regulada de forma diferente, regida por legislação específica composta por Resoluções e Instruções Normativas emitidas pela ANS. Esse setor foi regulamentado pela Lei 9656/1998 e a efetiva operacionalização ocorreu com a criação da Agência Nacional de Saúde - ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, por meio da Lei 9961/2000. Antes desse período as atividades da OPS não possuíam regulamentação alguma, fazendo com que as empresas pioneiras do setor passaram por um período de adaptação.

O setor vem se expandindo e crescendo no decorrer dos anos. Ao findar o ano de dezembro de 2000, o número de beneficiários era de com 30,7 milhões e no final de 2011 a

cobertura nacional era de 24,6% da população, com 47,6 milhões de beneficiários (ANS, 2011), demonstrando um aumento significativo de quase 65% desde a sua regulamentação.

Outra informação importante para análise de um quadro mais holístico sobre as OPS revela que a taxa de rotatividade dos planos de saúde em 2011 alcançou quase trinta por cento (ANS, 2012), evidenciando que, de cada dez beneficiários, três trocaram de plano de saúde por qualquer motivo. A portabilidade entre planos de saúde pode ter sido um dos motivos, contudo questões organizacionais como o fato das empresas negociarem os planos de seus funcionários, e outras de âmbito estrutural, também podem ser motivadoras para essa situação.

2.3 Estudos sobre o setor

O estudo das OPS, apesar das incursões de alguns pesquisadores, continua formando um campo ainda pouco explorado. Pierre Bourdieu com sua teoria do poder simbólico, complementado por Anthony Giddens e seus pressupostos institucionais foram usados como base no estudo de Vilarinho (2003) sobre saúde suplementar que, para isso, utilizou-se de análise documental, entrevistas semi estruturadas e análise qualitativa de dados. Conseguiu identificar diversos atores no campo organizacional da saúde suplementar, assim como conseguiu delinear objetivos estratégicos relativos a eles. Ainda demonstrou que o campo organizacional desse setor conta com um ator de peso: o Estado, o qual delegou estrategicamente suas obrigações, reforçando a institucionalização de suas estruturas e promovendo um campo isomórfico com alto grau de interação.

Araujo (2004) estudou a regulamentação e a utilização de instrumentos regulatórios para a intervenção do Estado na atividade econômica das OPS no mercado de saúde suplementar, principalmente no quesito da concentração de barreiras de entrada e saída das empresas desse setor. No mesmo ano, Cruz (2004) traz uma visão sobre a importância da regulamentação como mediadora de competitividade, transparência e estabilidade, contribuindo para a sustentabilidade do setor. Mapeou os instrumentos internacionais envolvidos no julgamento de confiabilidade das OPS e complementou os achados dos outros pesquisadores da área.

Ainda em 2004, Pinto e Soranz (2004) com base nos dados de cadastro de beneficiários da ANS e da pesquisa nacional por amostra de domicílios PNAD/IBGE estabeleceram o perfil da cobertura dos serviços por planos privados de saúde, e trouxeram em pauta a relação entre esse perfil e a geração de desigualdades sociais, uma vez que os consumidores de planos, no período analisado, em geral eram compostos por pessoas com maior renda familiar, maior nível de escolaridade e moradores de capitais e regiões metropolitanas.

Conduzidos pelo viés da teoria institucional, Vieira e Vilarinho (2004), analisaram o desempenho da saúde suplementar no Brasil. Para isso fizeram uma pesquisa qualitativa entre 2000 e 2003, com base em entrevistas, a fim de promover um melhor entendimento do fenômeno no setor de saúde. O parecer desses autores foi de que a estrutura estudada era isomórfica e que tinha uma tendência a se consolidar ao longo do tempo. Eles ainda analisaram o campo organizacional e seus atores, e como eles contribuíram para a formação do setor de saúde suplementar do Brasil até aquela época.

Alguns anos depois, Santos, Malta e Merhy (2008) pesquisaram a regulamentação entre 2000 e 2006, utilizando para isso indicadores para promover a evolução dos eixos estrutura e

operação. Eles também analisaram a regulamentação econômica e assistencial. Suas conclusões indicaram que a regulamentação estava atrelada ao crescimento de 30% no setor. A regulação assistencial, aos olhos dos autores, teve uma característica inovadora ao promover a prevenção de doenças e a qualidade de serviço, através de novas práticas assistenciais e de mecanismos de avaliação de serviços.

Estudos ligados à homogeneidade foram realizados em diversos setores. Oliveira (2008) avaliou a uniformidade dos resultados dos bancos em relação ao nível de operações de crédito, o tamanho e o porte. Para isso, ele utilizou um período temporal de 1996 a 2006, dividindo-os em três categorias. Seus resultados chegaram à conclusão de que os bancos nacionais e privados são associados às categorias de rentabilidade e de nível de operações de alto crédito. Enquanto isso, os bancos estrangeiros se mostraram mais voláteis com relação às categorias de rentabilidade, oscilando pelas de baixa rentabilidade, média e alta rentabilidade, e por fim, associando-se às categorias de rentabilidade mais baixas, fornecendo indícios de desempenho inferior aos bancos públicos.

Outro estudo que analisou a estrutura de capital foi o de Povia e Nakamura (2012) que trataram da homogeneidade e da heterogeneidade da estrutura de capital de dívida de 108 empresas num período de quatro anos. Esses autores identificaram padrões de endividamento heterogêneos e homogêneos associados com os indicadores de qualidade de crédito.

3 Procedimentos Metodológicos

A metodologia visa descrever uma preocupação instrumental de uma pesquisa científica. Ela trata dos procedimentos, ferramentas de análise utilizadas, e os caminhos realizados para se fazer o estudo. Ela é ainda, uma ciência aplicada com finalidade de tratar a realidade na forma teórica e prática, desvendando seus caminhos, e esse caminho é o objeto da metodologia (DEMO, 2001).

Quanto aos fins, a pesquisa classifica-se como descritiva (COOPER; SCHINDLER, 2003; GIL, 2003), pois objetiva mensurar a homogeneidade da rentabilidade das empresas no período de 2005 à 2011. O horizonte temporal utilizado é transversal (*cross-section*), com dados que descrevem as variáveis em um único ponto de tempo e longitudinal descrevendo as variáveis ao longo do tempo (HAIR, BABIN, MONEY; SAMOUEL, 2005a; WOOLDRIDGE, 2007), pois os dados foram coletados das mesmas empresas no mesmo período de tempo, 2005 a 2011.

Para Hair, Tatham, Anderson e Black. (2005b) uma população "(...) é o total de todos os elementos que compartilham algum conjunto comum de características". Desta forma, a população é composta pelas OPS com registro ativo, o que remete ao conceito de empresa em atividade, na agência reguladora do setor, perfazendo um total de 1180 empresas. Considerando o rol de empresas que enviaram as informações para a ANS, foram selecionadas para o estudo as que tiveram suas informações financeiras publicadas no sítio da agência, sem interrupção, no período compreendido pelos anos de 2005 a 2011. A amostra final totalizou 477 empresas em cada período analisado, formando um total de 3339 casos no período todo.

Este corte representa todos os períodos disponíveis no site da ANS. Os dados foram coletados de forma bruta. Em seguida, foi calculado o indicador utilizado na análise, o Retorno sobre o Ativo, em todos os períodos analisados. As informações disponibilizadas pela ANS

são de responsabilidade de cada OPS, desta forma não há intervenção da Agência Reguladora ou do pesquisador.

Ao longo dos períodos analisados, foi necessária a exclusão de alguns casos considerados atípicos, os *outliers*, que podem vir a distorcer a amostra prejudicando a análise, pois são observações que fogem da dimensão esperada. Para detectá-los foi utilizada a média, o desvio padrão e o escore padronizado (Z). Para um nível de significância de 5%, o valor do escore Z foi considerado 1,96 (MARTINS, 2002). Esses referidos *outliers* foram excluídos da amostra para aumentar a possibilidade de um resultado o mais próximo possível da realidade.

Em pesquisa científica é imperioso que o pesquisador defina os conceitos e construtos sobre a forma das variáveis (MARKONI; LAKATOS, 2004). Uma variável "(...) é um construto, um conceito com um significado especificado 'construído' dado por um pesquisador" (KERLINGER, 1980). A partir disso, o que se busca é o estabelecimento de relações assimétricas entre as variáveis que possam indicar se os fenômenos não são independentes entre si, e, também não se relacionam de forma mútua, mas que exercem influência um sobre outro (GIL, 2003).

A variável de teste, ou seja, a variável dependente a ser utilizada no estudo é o Retorno sobre o Ativo (RSA), compreendendo o Lucro Líquido do Exercício e o Ativo Total Médio. O primeiro representa o resultado das atividades da empresa no final de certo período de tempo, o segundo, o Ativo Total Médio, representa a média de dois anos do Ativo da empresa. A variável de categorização é composta pelos anos de 2007 a 2011, compreendendo todos os períodos de dados disponíveis.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica estatística ANOVA com o auxílio do *software* SPSS versão 17.0. A ANOVA compara a variância entre os diferentes grupos com a variância dentro de cada grupo (MAROCO, 2007), vai examinar se existe diferença entre os diversos grupos, categorizados segundo uma adaptação das categorias da ANS.

Embora, a ANS categorize as OPS em seis modalidades, serão objeto desta investigação as empresas que compõem as modalidades Cooperativas Médicas, Medicinas de grupo, Autogestões e as Filantropias. As Cooperativas odontológicas e odontologia de grupo não fazem parte do escopo do estudo. As Administradoras não possuem risco assistencial e, portanto, não possuem beneficiários em sua carteira, as Seguradoras Especializadas em Saúde precisam atender parâmetros mais rigorosos que as demais OPS e seus produtos não estão relacionados a uma prestação direta de serviços de assistência médica aos beneficiários, ambas, também não fazem parte do escopo do estudo.

Todas as operadoras, com exceção das Administradoras e das Seguradoras, podem ter uma rede própria de atendimento ao beneficiário. O atendimento em rede própria é efetuado nas dependências da OPS. Quando o atendimento se faz em rede contratada, há a contratação de serviços de terceiros, em geral, os beneficiários são atendidos em outras clínicas e/ou consultórios particulares.

4 Descrição dos Resultados

O foco do estudo está em verificar se há homogeneidade entre a rentabilidade das Operadoras de Planos de Saúde durante o período analisado. Para isso foi utilizado o período entre os anos de 2005 a 2011. Os dados foram coletados diretamente do site da agência reguladora do setor, a ANS. As empresas foram classificadas em suas modalidades, definidas

conforme sua estrutura e atuação, ou tipo de atividade. A Tabela 1 detalha a quantidade de empresas segundo suas modalidades. A amostra final foi composta por aquelas empresas que enviaram suas informações financeiras à ANS, no tempo determinado pela mesma e em todos os períodos analisados.

Tabela 1: Empresas e suas modalidades

Modalidades das OPS	N
Autogestão	30
Cooperativa Médica	244
Filantropia	49
Medicina de Grupo	154

Fonte: Dados da pesquisa

A maior quantidade de empresas analisadas é composta por Cooperativas Médicas, precisamente 244 empresas, e a menor quantidade é da modalidade Autogestão composta por 30 empresas. Em todas as modalidades há empresas nas categorias de pequeno, médio e grande porte. Ao se comparar a quantidade de empresas da população, isto é, o total de empresas ativas na ANS com as que compõem a amostra, constata-se que em teor de quantidade, a diferença é grande.

As diferenças maiores se concentram nas modalidades Medicina de Grupo e Autogestão. Entre os motivos que podem explicar essa diferença encontra-se a seleção somente das empresas que enviaram suas informações econômicas e financeiras para a agência reguladora – ANS no prazo limite estipulado pela mesma e em todos os períodos analisados (2005 a 2011). Caso alguma OPS tenha deixado de enviar as informações ou as tenha enviado fora do prazo, pelo menos em um dos períodos analisados, esta empresa não consta no banco de dados da ANS, e, portanto, não faz parte da amostra.

Outro fator importante que se destaca são as OPS na modalidade Autogestão. Essas OPS são assim definidas conforme a RN 137/2006, esta resolução também dispõe que as entidades assim enquadradas, estão desobrigadas a submeter, anualmente, suas demonstrações financeiras à ANS, em conformidade ao Art. 9 da referida Resolução Normativa (RN 137, 2006), mas deverão tratar de forma específica a contabilização das despesas de prestação de serviços de assistência à saúde.

Por parte das OPS, na modalidade Autogestão estarem desobrigadas a enviar suas informações à ANS, justifica-se de certa forma a diferença em quantidade dessas organizações. Outro fator que reduziu a amostra foi a exclusão dos valores atípicos, os *outliers*, que poderiam distorcer a amostra e a análise dos dados, desta forma, os períodos analisados que possuíam 477 empresas, ficaram com uma quantidade menor de empresas analisadas, diminuiu-se a quantidade de empresas nos períodos analisados, mas aumentou-se a veracidade dos dados eliminando os que poderiam distorcer os cálculos e a análise.

Primeiramente, foi elaborada a estatística descritiva analisando em cada ano a média, desvio padrão, valores máximo e mínimo, sendo apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Estatística Descritiva – RSA

Período	Amostra	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
2005	459	0,1105	0,103	0,0000	0,4426
2006	468	0,0958	0,092	0,0000	0,4501
2007	460	0,0748	0,1124	-0,2762	0,4316
2008	458	0,0525	0,1053	-0,2984	0,4641
2009	466	0,0312	0,1076	-0,3437	0,4087
2010	466	0,0552	0,1038	-0,342	0,3999
2011	463	0,0469	0,1009	-0,3295	0,4413
Total	3240	0,0667	0,1069	-0,3437	0,4641

Fonte: dados da pesquisa

Com a retirada dos *outliers*, eliminou-se os valores extremos que poderiam distorcer a amostra, que ficou um pouco menor; antes de retirada, possuía 3339 casos, e após a retirada dos valores atípicos, passou a apresentar um total de 3240 casos distribuídos nos 7 períodos analisados.

Durante os anos de 2005 e 2006, as médias do Retorno sobre o Ativo ficaram um pouco acima dos demais, 11,05% e 9,58% respectivamente, indicando que nesses anos as empresas apresentaram uma média mais elevada em sua rentabilidade.

Nos valores máximos dos anos 2005 e 2006, pode-se observar que não existem valores acima dos demais anos, também, indicando que não existem valores elevados que poderiam fazer com que sua média ficasse acima das demais.

Destaca-se, também, que os anos de 2009 e 2011 tiveram as menores médias em seu RSA e seus valores mínimos e máximos não destoaram dos demais anos, indicando que nesses dois anos, a rentabilidade dessas empresas possui valores baixos e sem muitas oscilações que poderiam vir a distorcer sua média.

O teste de Levene indica se existe homogeneidade nas variâncias e é apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Teste de homogeneidade das variâncias

Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
2,005	6	3233	0,062

Fonte: Dados da pesquisa

O teste de homogeneidade indica que não se pode rejeitar a hipótese nula de igualdade das variâncias, já que o valor-p está acima do estabelecido. Porém, não indica se existe diferença entre os grupos analisados, para tanto é necessário analisar se o valor F do teste ANOVA, se é significativo ou não.

O valor-p desse teste F apresentou-se com um nível de significância (0,0000) abaixo do estabelecido (0,05), desta forma pode-se afirmar que existe diferença estatisticamente significativa entre as médias do RSA para os diferentes períodos estudados. Pelos menos um dos anos analisados possui média de sua rentabilidade diferente dos demais, logo pode-se inferir que as empresas analisadas não possuem homogeneidade em sua rentabilidade. Todavia, para saber quais os grupos que apresentam diferença, foi necessário executar um

teste *post hoc*, optando-se por utilizar o teste de *Tukey*, que é um dos mais robustos a desvios de normalidade e homogeneidade das variâncias para amostras grandes (MAROCO, 2007). Para uma melhor visualização dos dados, estes foram transformados em percentuais.

Tabela 4: Homogeneidade dos subconjuntos

Ano	Amostra	Subset for alpha = 0,05			
		1	2	3	4
2009	466	3,13%			
2011	463	4,70%	4,70%		
2008	458		5,25%		
2010	466		5,52%	5,52%	
2007	460			7,48%	
2006	468				9,58%
2005	459				11,06%

Fonte: Dados da pesquisa

No decorrer do estudo, observou-se que a rentabilidade não apresentou homogeneidade nos períodos analisados. Nos subconjuntos homogêneos (*homogeneous subsets*), pode ser verificado que nos anos de 2005 e 2006 a rentabilidade dessas empresas estava acima dos demais anos, 11,06% e 9,58%, respectivamente e se apresentavam homogêneas nesses dois anos. O ano de 2007 não se apresenta homogêneo com os demais anos, mas demonstrando uma queda de aproximadamente 2% na média da rentabilidade dessas empresas em comparação aos anos anteriores, de 2005 e 2006. Nos próximos anos, percebe-se uma queda ainda mais acentuada na média da rentabilidade.

O ano de 2008 apresentou uma média na rentabilidade no patamar de 5,25%, muito abaixo dos anos de 2005 e 2006, e apresentou-se homogênea com os anos de 2010 e 2011. No ano de 2009 as empresas apresentaram homogeneidade com o ano de 2011, e um percentual de 3,13%, muito inferior aos apresentados nos anos iniciais da análise de 11,06% e 9,58% nos anos de 2005 e 2006.

Em 2010 também apresentou-se uma média na rentabilidade de 5,52%, bem inferior ao atingido em 2005 e 2006, mostrando-se homogênea apenas com os anos de 2008 e 2011. O ano de 2011 foi marcado por uma homogeneidade com os anos de 2008, 2009 e 2010, mas se manteve com uma média na rentabilidade baixa, de 4,70%.

Desta forma, identifica-se que, ao longo do período analisado, houve uma grande queda na média da rentabilidade dessas empresas. Os anos de 2005 e 2006 apresentaram uma rentabilidade média alta, de 11,06% e 9,58%, respectivamente, em comparação com os demais anos, houve uma queda brusca nos anos de 2009 e 2011, passando a percentuais de 3,13% e 4,70%, respectivamente, indicando que mudanças no setor ocasionaram uma redução na sua rentabilidade.

5 Conclusões

O setor de planos de saúde possui uma grande importância no contexto da saúde do país. É um setor que ao longo dos anos vem se expandindo fortemente, pois, num período de 10 anos, cresceu 65% (ANS, 2012), representando uma cobertura de quase 25% da população

brasileira que optou por utilizar os serviços de saúde particular em detrimento do serviço público. Sua grande importância social está em suas características e no tipo de serviço realizado, a restauração da saúde das pessoas. Pode-se observar que esse setor passou por períodos de adaptação, possui uma regulamentação ativa e ainda não foi vastamente explorado diante de sua representatividade.

Diante de sua representatividade e sua importância é vital acompanhar e analisar o desenvolvimento dessas empresas, pois o encerramento das atividades de uma empresa do setor pode acarretar inúmeras consequências para a população em virtude da falta de atendimento à saúde. A continuidade dessas empresas pode ser analisada e acompanhada por meio de sua rentabilidade e sua homogeneidade ao longo do tempo.

Este artigo teve por finalidade identificar se existe homogeneidade na média da rentabilidade das empresas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil ao longo dos sete anos do período estudado, que foi de 2005 a 2011, que compreende todos os anos disponíveis no site da agência reguladora do setor, a ANS. Para isso foi utilizada a técnica estatística ANOVA. Também foi necessária a exclusão de alguns casos que poderiam vir a distorcer a análise. Assim, atingiu-se o objetivo do estudo, identificando em seu decorrer que algumas empresas apresentam homogeneidade em apenas alguns anos, e que fatores externos ocorridos nesse período podem ter influenciado em sua rentabilidade, uma vez que esta apresentou queda ao longo do período analisado.

Nos anos de 2005 e 2006, as empresas se apresentaram homogêneas e com uma rentabilidade superior aos demais anos. Sua boa *performance* não permaneceu nos demais anos, comprovando que essas empresas possuem uma rentabilidade decrescente. Pois enquanto os anos de 2005 e 2006 apresentaram uma rentabilidade média alta, de 11,06% e 9,58%, respectivamente, houve uma queda brusca nos anos de 2009 e 2011, passando a percentuais de 3,13% e 4,70%, respectivamente. Isso indicando que fatores externos que aumentam os custos assistenciais em proporções maiores que a receita, ocasionam redução no lucro e consequentemente redução na rentabilidade média dessas empresas.

Os reflexos das novas regulamentações e alterações no setor, não são sofridos pelas OPS de imediato, mas algum tempo depois de estabelecidos. Após a criação do estatuto do idoso, pela Lei 10.741 de outubro de 2003, a agência reguladora do setor, a ANS, criou novas faixas etárias para a correção dos preços das mensalidades. Onde antes existiam sete faixas etárias e na última com beneficiários de 70 anos ou mais, após a criação da RN 63 de 2003, passou a ter 10 faixas etárias, e na última com 59 anos ou mais. Isso acontece porque em geral, e por questões naturais, quanto mais idosas as pessoas, mais frequentes necessidades de cuidados de saúde possuem. A referida Resolução Normativa, ainda determinou um valor fixo para a última faixa etária, em comparação com a primeira faixa etária. Essas medidas fizeram com que as OPS tivessem suas receitas, de certa forma, reduzidas, pela proibição de aumento das mensalidades e seus custos alavancados pela redução da última faixa etária e sua maior utilização.

A Resolução Normativa 167 de 2007 atualizou e aumentou o rol de procedimentos que constituem uma referência básica para uma cobertura mínima e obrigatória de procedimentos dos planos de saúde. Esta resolução trouxe um impacto negativo grande nos custos assistenciais dessas empresas, uma vez que os procedimentos mínimos obrigatórios foram aumentados sem haver uma remuneração para isso. Esse reflexo na rentabilidade foi devido

ao fato do aumento significativo dos custos assistenciais que impactaram diretamente no lucro dessas empresas, mas ocorreu em períodos posteriores, tendo em vista que, segundo a RN 167 da ANS, essa cobertura é vigente a partir o início do ano de 2008.

Desta forma, conclui-se que o setor teve uma redução grande na média de sua rentabilidade ocasionada por fatores externos e que não estão sob o domínio das empresas, fatores esses que beneficiaram os usuários dos planos de saúde; as empresas Operadoras de Planos de Saúde, por sua vez, precisaram adaptar-se às mudanças estabelecidas e mesmo assim tiveram reflexos negativos em sua estrutura.

Sugere-se novas pesquisas com relação ao setor, tanto na esfera financeira, analisando não apenas a rentabilidade como também outros indicadores de desempenho, mas outras variáveis financeiras e organizacionais, como estudos sobre regulamentação do setor e sua institucionalização, bem como sua aceitação e legitimidade.

Referências

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos* – Rio de Janeiro, dezembro/2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_12_2011.pdf> Acesso em: 25 de junho de 2011.

____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos* – Rio de Janeiro, março/2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/periodicos>> Acesso em: 12 de julho de 2012.

ARAUJO, A. M. *Regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência médica*. Dissertação de Mestrado, ENSP da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2004.

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

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 5.764/1971*. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/5763.htm> Acesso em: 12/01/12.

_____. *Lei 9.656/98*, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 jun. 1998. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 15/11/11.

_____. *Lei 9.961/00*, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 jan. 2000. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 15/10/11.

_____. *Lei 10.741/03*, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 jan. 2000. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 16/10/11.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39*, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 27/01/13.

_____. Congresso Nacional. *Lei nº 10.185*, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br>> Acesso em: 01/09/13.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa nº 137/2006*, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 31/01/12.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa nº 159/2007*, de 03 de julho de 2007. Dispõe sobre a aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 08/09/11.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa nº 167/2007*, de 09 de janeiro de 2007. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 16/02/13.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa nº 186/2009*, de 14 de janeiro de 2009. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 13/07/12.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa nº 196/2009*, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a administradora de benefícios. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 31/01/12.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa nº 252/2011*, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, alterando as Resoluções Normativas nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e nº 124, de 30 de março de 2006, e a Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em 12/07/12.

CARDOSO, R. L. *Regulação Econômica e Escolhas de Práticas Contábeis: Evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2005.

CEPEFIN – Centro de Pesquisa em Finanças, Equipe de professores do INEPAD. *Análise financeira fundamentalista de empresas*. São Paulo: Atlas, 2009.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. *Métodos de pesquisa em Administração*. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CRUZ, H. J. M. F. *Autorização de Funcionamento: importância para o mercado de saúde suplementar*. Dissertação de Mestrado, ENSP da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2004.

DEMO, P. *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2001.

ENRIQUEZ, E. R. Perfil económico-financiero de los concesionarios de automoviles asturianos em funcion del nível de rentabilidad. *Revista Asturiana de Economia*. 38, 2007.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2003.

HAIR, J. F., TATHAM, R. L., ANDERSON, R. E.; BLACK, W. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005a.

HAIR, J. F., BABIN, B., MONEY, A. H.; SAMOUEL P. *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Porto Alegre: Bookman, 2005b.

KERLINGER, F. N. *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU-EDUSP, 1980.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MAROCO, J. *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2007.

MARTINS, G. A. *Estatística geral e aplicada*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATARAZZO, D. C. *Análise Financeira de Balanços, Abordagem Gerencial*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

OLIVEIRA, D. D. *A homogeneidade da rentabilidade bancária em relação a tamanho, origem de capital e operações de crédito*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2008.

PIMENTEL, R. C.; BRAGA, R.; CASANOVA, S. P. C. Interação entre rentabilidade e liquidez: um estudo exploratório. *Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ*. 10(2), 83-98, 2005.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 9(1), 85-98, 2004.

PORTER, M. *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

POVOA, A. C. S.; NAKAMURA, W. T. Homogeneidade versus Heterogeneidade da Estrutura de Dívida: Um Estudo Exploratório. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 36, 2012.

SANTOS, F. P., MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1463-1475, 2008.

SOARES, M. A. *Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2006.

VIEIRA, M. M. F.; VILARINHO, P. F. O campo da Saúde Suplementar no Brasil. *Revista de Ciências da Administração*, 6(11), 2004.

VILARINHO, P. F. *A formação do campo da saúde suplementar no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2003.

WEBER, M. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1967.

WOOLDRIDGE, J. M. *Introdução à econometria: Uma abordagem moderna*. São Paulo: Thomson Learning, 2007.