

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP



**Adaptação das Operadoras de Planos de Saúde de Pequeno Porte
ao Plano de Contas Padrão da ANS**

por

Olavo Ribeiro Salles

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública,
modalidade Profissional, na área de concentração Regulação em Saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Teresa Duclos
Co-orientador: Horácio Luiz Navarro Cata Preta

Rio de Janeiro, junho de 2004

**“Adaptação das Operadoras de Planos de Saúde de Pequeno Porte ao
Plano de Contas Padrão da ANS”**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de concentração Regulação em Saúde

18 de junho de 2004

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Maria Teresa Duclos – Doutora em Economia
Instituição: Escola de Pós-Graduação em Economia – FGV

Co-orientador: Prof. Horácio Luiz Navarro Cata Preta
Instituição: Escola de Pós-Graduação em Economia – FGV

Professor Nilson do Rosário Costa – Doutor em Planejamento Urbano e Regional
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Professor Aduino Francisco Santos Madalena – Doutor em Economia
Instituição: Escola de Pós-Graduação em Economia – FGV

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

S168a Salles, Olavo Ribeiro
Adaptação das operadoras de planos de saúde de
pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS. /
Olavo Ribeiro Salles. Rio de Janeiro : s.n., 2004.
121 p., ilus., tab., graf.

Orientador: Duclos, Maria Teresa
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Nacional de Saúde Pública.

1. Cobertura de serviços privados de saúde. 2. Planos de
pré-pagamento em saúde 3. Assistência médica I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.10425

AGRADECIMENTOS

Ao fazer a apuração do balanço deste trabalho, pude me defrontar com contas e subcontas do imenso Passivo (espero que não a descoberto) daqueles que, durante esse período, tornaram-se meus credores, para minha alegria. Apresento, então, minhas demonstrações de gratidão.

À EPGE/FGV e ENSP/FIOCRUZ, parabênizo pela sinergia em compartilhar a execução deste Mestrado/MBA, onde se somaram esforços e conhecimentos para desenvolver um programa de excelência.

À Prof^{ra} Maria Teresa Duclos e Prof. Horácio Catapreta, pela atenção e disposição para ouvir minhas longas divagações em torno do tema, sempre acompanhadas de muitos gráficos e tabelas.

Agradeço também aos Profs. Adauto Francisco Santos Madalena e Nilson do Rosário Costa pela gentileza de atender ao convite de integrar a banca examinadora.

À Diretoria Colegiada da ANS, por inovar ao instituir esse programa de capacitação de seus recursos humanos, com incontestável grau de qualidade, mas principalmente, pela honra de ter me incluído no grupo.

Aos colegas Osiane do Nascimento, Paulo César da Costa Mendes, Ricardo Lopes, Sonia Ribeiro e Mauro Podcameni, pela revisão do questionário. Também ao Luiz Sasaki, pelos comentários sobre este trabalho.

Ao colega e amigo Ricardo Nohra, pela parceria construída ao longo desses dez anos de SUSEP, que incluiu uma passagem pela ANS.

Ao Wladimir Motta, à época Coordenador da Área internacional da SUSEP, pelo apoio para que eu terminasse este trabalho, possibilitando uma conciliação com minhas atribuições lá exercidas.

À equipe do CEDOC/SUSEP e da biblioteca da FGV e também à Mônica Reis da ENSP, pelo apoio para a realização deste trabalho.

Ao Sérgio Vieira (Abramge), João Romitelli e Julcelmar Ragnini (Filantropias) e Egberto Miranda Neto (Uniodonto), que, por força de seu contato com as operadoras, viabilizaram este estudo.

Ao Antônio Lúcio, por transmitir sua experiência em Contabilidade durante o período que trabalhamos juntos na Gerência de Normas da ANS.

Às operadoras que responderam ao questionário, pela informação fornecida.

Aos notáveis G6, Angela Araújo, Luciana Silveira, Maria T. Carolina, Alexandre Nogueira e Hélio Jayme, por esses dois anos que tornaram as horas de estudo e de trabalho em grupo muito mais produtivas, graças ao intercâmbio de idéias e experiências que, juntos, pudemos trocar. Ao Hélio agradeço, especialmente, o aporte com sua habilidade em sistemas de informação e à Carol, pela revisão cuidadosa deste trabalho.

À minha irmã Telma Salles, por seu carinho e por contribuir com sua visão de médica e administradora hospitalar.

Aos meus pais que nunca mediram esforços para que seus filhos tivessem uma boa educação.

À minha esposa Tereza e meus filhos, Juliana, Daniel e Felipe, pela infinita paciência com minhas ausências por conta da dedicação a este trabalho.

A Tereza, Juliana, Daniel e Felipe,
minha síntese de felicidade.

RESUMO

O mercado de planos privados de assistência à saúde no país compõe-se de diversas modalidades de operadoras: Autogestões, Cooperativas, Medicinas de Grupo, Administradoras, Filantropias e Seguradoras. Essas instituições diferem entre si por diversos aspectos: porte, finalidade lucrativa ou não, com ou sem rede hospitalar própria etc. Apresentam, pois, diferentes peculiaridades que devem ser levadas em consideração pelo órgão regulador.

O Plano de Contas Padrão das operadoras, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, pela RDC n° 38, de 27 de outubro de 2000, tem por finalidade não só uniformizar os registros e normas contábeis, como também permitir a avaliação pelo órgão regulador do desempenho do mercado.

O objetivo deste estudo é verificar eventuais problemas de adaptação das operadoras de pequeno porte ao Plano de Contas Padrão da ANS, visando permitir ao órgão receber informação contábil de melhor qualidade. A pesquisa ficou restrita às operadoras consideradas de pequeno porte, pois, por hipótese, são as que devem apresentar maior dificuldade na adaptação ao Plano de Contas em função de sua limitação de recursos se comparadas às operadoras de grande porte. Para tanto, buscou-se fazer um estudo de caso baseado em questionário aplicado a essas operadoras, bem como fazer uma análise dos dados contábeis das operadoras divulgados no *site* da ANS.

Palavras-chave: mercado de assistência à saúde; planos de saúde; operadoras de pequeno porte, plano de contas padrão.

ABSTRACT

The health insurance market in Brazil comprises different types of companies: prepaid group practice, medical cooperatives, private insurance and self-insurance, which present different peculiarities that must be taken into account by the regulator.

The standard financial statement established by National Health Agency (ANS) through RDC n° 38/2000 has as its aim standardization of financial and account information to make it possible to evaluate the market's performance.

The main objective of this work is to verify the adaptation problems encountered by small companies, allowing ANS to receive better quality accounting information. The research was restricted to small companies, as these are the ones that should encounter more problems, considering the resource limitation when compared to bigger companies.

The research was carried out using two methodologies: the first was a case study based on a questionnaire sent to the companies and the second on the analysis of the accounting data provided by the companies and published by ANS on its website.

Key-words: health care sector; health plans; small health care companies, financial statement.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - CONSTITUIÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	
1.1 Breve Panorama Histórico do Mercado de Saúde Suplementar do Brasil	20
1.2. Peculiaridades Referentes às Modalidades de Operadoras	23
1.3. Principais Características de cada Modalidade segundo a ANS	
1.3.1. <i>Administradora</i>	27
1.3.2. <i>Cooperativa Médica</i>	28
1.3.3. <i>Cooperativa Odontológica</i>	30
1.3.4. <i>Autogestão</i>	30
1.3.5. <i>Medicina de Grupo</i>	31
1.3.6. <i>Odontologia de Grupo</i>	32
1.3.7. <i>Filantropia</i>	32
1.3.8. <i>Seguradora</i>	33
CAPÍTULO 2 - HISTÓRICO DA REGULAÇÃO	
2.1. Da Primeira Versão da Lei até a Criação da ANS	35
2.2. Da Criação da ANS até o Normativo do Plano de Contas Padrão	39
2.3. Regulamentação do Plano de Contas	40
2.3.1. <i>Segmentação das Operadoras</i>	43
CAPÍTULO 3 - PLANO DE CONTAS PADRÃO DA ANS	
3.1. Conceitos Essenciais sobre um Plano de Contas	48
3.1.1. <i>Contabilidade</i>	48
3.1.2. <i>Patrimônio</i>	49
3.1.3. <i>Conta</i>	49
3.1.4. <i>Título de uma Conta</i>	49
3.1.5. <i>Função de uma Conta</i>	50
3.1.6. <i>Funcionamento de uma Conta</i>	50
3.1.7. <i>Plano de Contas</i>	51
3.2. Plano de Contas Padrão da ANS	52
3.2.1. <i>Normas Contábeis</i>	52

3.2.1.1. <u>Sistema de Codificação</u>	53
3.2.1.2. <u>Sistemática de Escrituração</u>	54
3.2.1.3. <u>Demonstrações Contábeis</u>	55
3.2.1.4. <u>Registros Auxiliares</u>	56
3.2.1.5. <u>Critérios de Apropriação Contábil</u>	57
3.2.1.6. <u>Quadro de Referência Cruzada</u>	58
3.2.1.7. <u>Digrafograma das Operações</u>	59
3.2.2. <i>Elenco das Contas sua Função e Funcionamento</i>	59
3.2.3. <i>Modelos de Publicação</i>	60
3.3. Comunicação da Contabilidade com seus Usuários	61
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA DE PESQUISA	
4.1. Estudo de caso	66
4.1.1. <i>Coleta de Dados Primários</i>	66
4.1.2. <i>Elaboração de um Questionário</i>	68
4.1.3. <i>O Pré-Teste do Questionário</i>	68
4.1.4. <i>Tipo e Ordem das Perguntas</i>	69
4.1.5. <i>Envio e Retorno do Questionário</i>	70
4.1.6. <i>Avaliação dos Resultados</i>	71
4.2. Avaliação das Informações Contábeis Divulgadas pela ANS	71
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS OBTIDOS	
5.1. Análise dos Resultados do Questionário	75
5.2. Análise das Informações Contábeis Divulgadas pela ANS	98
5.2.1. <i>Operadoras com Despesas de Comercialização Iguais a Zero</i>	99
5.2.2. <i>Operadoras com Saldo na Conta Provisões Técnicas Igual a Zero e Patrimônio Líquido Suficiente para Constituição das Garantias Financeiras</i>	102
5.2.3. <i>Inconsistências Divulgadas pela ANS</i>	104
5.2.3.1. <u>Ativo Diferente do Passivo em Operadoras de Pequeno Porte (2002)</u>	105
5.2.3.2. <u>Evento Maior do que Zero</u>	107
5.2.3.3. <u>Contraprestação com Sinal Negativo</u>	108
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	116

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de beneficiários por modalidade de operadora	24
Tabela 2 - Número de operadoras por forma de organização societária	43
Tabela 3 - Operadoras segundo o porte	98
Tabela 4 - Valores de IDA por modalidade: operadoras com DC iguais e diferentes de zero (2002)	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro de Referência Cruzada	58
Quadro 2 - Digrafograma das operações	59
Quadro 3 - Desdobramento da Conta Eventos	60
Quadro 4 - Inconsistências segundo o porte da operadora	105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema de Codificação das Contas	53
Figura 2 - Regras de transição	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Modalidade da operadora	75
Gráfico 2 - Número de beneficiários da operadora	76
Gráfico 3 - Tempo de existência da operadora	76
Gráfico 4 - Segmentação	77
Gráfico 5 - Serviços contábeis	78
Gráfico 6 - Plano de Codificação	79
Gráfico 7 - Conta produto	80

Gráfico 8 - Fato gerador	80
Gráfico 9 - Rede própria	81
Gráfico 10 - Evento conhecido	82
Gráfico 11 - Digrafograma	83
Gráfico 12 - Critérios de avaliação contábil	83
Gráfico 13 - Conta provisão técnica - título	84
Gráfico 14 - Conta provisão técnica - função	85
Gráfico 15 - Conta provisão técnica - funcionamento	85
Gráfico 16 - Conta eventos a liquidar - título	86
Gráfico 17 - Conta eventos a liquidar - função	87
Gráfico 18 - Conta eventos a liquidar - funcionamento	87
Gráfico 19 - Contraprestação emitida - título	88
Gráfico 20 - Contraprestação emitida - função	89
Gráfico 21 - Contraprestação emitida - funcionamento	89
Gráfico 22 - Variação da provisão técnica - título	90
Gráfico 23 - Variação da provisão técnica - função	91
Gráfico 24 - Variação da provisão técnica - funcionamento	91
Gráfico 25 - Recuperação/ressarcimento eventos - título	92
Gráfico 26 - Recuperação/ressarcimento eventos - função	93
Gráfico 27 - Recuperação/ressarcimento eventos - funcionamento	93
Gráfico 28 - Software contábil	94
Gráfico 29 - Prestadores de serviço	95
Gráfico 30 - Troca de contador	96
Gráfico 31 - Relatório financeiro	97
Gráfico 32 - Despesas comercialização iguais zero (2002)	99
Gráfico 33 - Operadoras pequeno porte: despesa de comercialização igual a zero (2002)	100
Gráfico 34 - Influência das DC iguais a zero no IDA (2002)	101
Gráfico 35 - Operadoras com provisão técnica igual a zero	102
Gráfico 36 - Provisão técnica igual a zero por faixa de beneficiários (2002)	103
Gráfico 37 - Ativo diferente Passivo (2002)	105
Gráfico 38 - Ativo diferente de Passivo por faixa de beneficiários (2002)	106
Gráfico 39 - Evento maior do que zero por modalidade de operadora (2002)	107
Gráfico 40 - Evento maior do que zero por número de beneficiário (2002)	107

Gráfico 41 - Contraprestação com sinal negativo por modalidade de operadora (2002)	108
Gráfico 42 - Contraprestação com sinal negativo por número de beneficiário (2002)	109
Gráfico 43 - Avaliação global em função do porte da operadora	110

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAMGE -	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS -	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BACEN -	Banco Central do Brasil
CAP -	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CFC -	Conselho Federal de Contabilidade
CNAS -	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPJ -	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CNSP -	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU -	Conselho de Saúde Suplementar
CPF -	Cadastro de Pessoas Físicas
CSS -	Câmara de Saúde Suplementar
DESAS -	Departamento de Saúde Suplementar
DIOPS -	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
IAP -	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBRACON -	Instituto dos Auditores Independentes do Brasil
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
IDA -	Índice de Despesas Administrativas
IDC -	Índice de Despesas de Comercialização
IGO -	Índice de Giro Operacional
IRB -	Instituto de Resseguros do Brasil
LTDA. -	Sociedade por Cota de Responsabilidade Limitada
MP -	Medida Provisória
OPS -	Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
PCP -	Plano de Contas Padrão da ANS
PIB -	Produto Interno Bruto
RDC -	Resolução de Diretoria Colegiada
RI -	Regimento Interno
RN -	Resolução Normativa
S.A. -	Sociedade Anônima

SPC - Secretaria de Previdência Complementar
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEP - Superintendência de Seguros Privados
UNIMED - União dos Médicos

INTRODUÇÃO

O mercado de planos privados de assistência à saúde no país compõe-se de diversas modalidades de operadoras: Autogestão, Cooperativas, Medicinas de Grupo, Administradoras, Filantropias e Seguradoras. Essas instituições diferem entre si por diversos aspectos: porte, finalidade lucrativa ou não, com ou sem rede hospitalar própria etc. Apresentam, portanto, diferentes peculiaridades, que devem ser levadas em consideração pelo órgão regulador.

Esse mercado movimenta anualmente recursos da ordem de R\$ 23 bilhões de reais (2,5% do PIB), beneficiando cerca de 38 milhões de pessoas, segundo os números mais atuais da ANS.

Em 3 de junho de 1998, foi sancionada pelo Presidente da República a Lei nº 9.656, que regulamentou, pela primeira vez no País, o mercado de saúde suplementar. Das modalidades de empresas que operam planos privados de assistência à saúde apenas as Seguradoras exerciam sua atividade submetida à regulação anteriormente à Lei nº 9.656/98.

Em 28 de janeiro de 1999, através da Lei nº 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com a finalidade de *“promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”* (art. 3º da Lei).

Quanto à defesa do interesse público, um aspecto fundamental é que o consumidor tenha garantida a continuidade da prestação da assistência à saúde. Essa garantia está associada à situação econômico-financeira das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde, em especial no que diz respeito à solvência dessas instituições.

Monitorando a solvência das operadoras, a ANS está zelando pela poupança popular, pois os planos de saúde constituem forma de proteção contra risco eventual à saúde do consumidor. A atividade é basicamente de intermediação financeira, na qual, diferentemente da atividade bancária, as pessoas não têm a posse do dinheiro investido. Ao adquirir um plano de saúde, o consumidor paga as contraprestações mensais que lhe propiciarão cobertura para eventos definidos contratualmente. Contudo, estes montantes pagos devem ser mensurados adequadamente, pois a operadora deve constituir uma estrutura financeira que a possibilite cumprir com suas obrigações.

Para que a ANS efetue o acompanhamento econômico-financeiro e, conseqüentemente, monitore a solvência das instituições que operam nesse mercado tão heterogêneo, é fundamental que suas demonstrações contábeis sejam padronizadas. Anteriormente a essa padronização havia, por exemplo, critérios diferentes de definição de fato gerador da receita e despesa, nomenclaturas e formas de contabilizar diferentes para o mesmo fato ou fenômeno patrimonial.

O Plano de Contas Padrão das operadoras, instituído pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, tem por finalidade uniformizar os registros e normas contábeis, bem como permitir a avaliação do desempenho do mercado por parte da ANS.

A instituição de um plano de contas padronizado não é um instrumento inovador na regulação de agentes de mercado. São exemplos de órgãos reguladores no Brasil que também utilizam Planos de Contas Padrão para os mercados por eles regulados: a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP para as companhias seguradoras, o Banco Central – BACEN para as instituições financeiras e a Secretaria de Previdência Complementar – SPC para as entidades fechadas de previdência privada.

Esse Plano de Contas Padrão tem um aspecto importante: ele é a base do Documento de Informações Periódicas - DIOPS, instituído pela Resolução - RE nº 01, de 13 de fevereiro de 2001, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS,

documento que estabelece a obrigatoriedade por parte de todas as operadoras do envio trimestral de informações de natureza cadastral e econômico-financeiras, estas geradas a partir das demonstrações contábeis.

A partir da base de dados constituída pelo DIOPS, a ANS estabelece o programa de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, calcula indicadores de desempenho, avalia tendências etc. Essas ações são fundamentais, pois o órgão regulador deve atuar de maneira preventiva, zelando para que as pessoas tenham garantida a continuidade de seus benefícios.

Esse fato revela a importância da qualidade das informações contábeis enviadas à ANS pelas operadoras. Fica claro que uma boa adaptação ao Plano de Contas e sua correta utilização são fatores fundamentais para a qualidade das informações contábeis usadas pela ANS no monitoramento da situação econômico-financeira do mercado.

Em matéria publicada no Jornal do Brasil, na edição de 10 de agosto de 2003, sob o título “Erros permeiam resultados de seguros e planos de saúde” a Capitólio Consulting, empresa de consultoria especializada em estudos do setor, fez um levantamento de 1.100 balanços de operadoras de grande e de pequeno porte. O levantamento dos balanços das operadoras de pequeno porte foi feito com base nas informações divulgadas pelo *site* da ANS. Segundo essa reportagem, os balanços continham muitos erros, além de outros que não seguiram o Plano de Contas da ANS, o que pode ser indicativo de problemas de adaptação ou compreensão da norma que define o Plano de Contas Padrão.

Ressalte-se que, desde a sua primeira edição, em 2000, o Plano de Contas Padrão da ANS já passou por duas revisões: a primeira pela Resolução Normativa - RN nº 3, de 19 de abril de 2002, e a segunda na RN nº 27, de abril de 2003. Como a revisão do Plano de Contas Padrão tem se dado em base anual, o presente trabalho pode fornecer subsídios a esse processo de aprimoramento da informação contábil.

Nesse sentido, o objetivo principal deste estudo é verificar os problemas de adaptação das operadoras de pequeno porte ao Plano de Contas Padrão, visando permitir à ANS o recebimento de informação contábil de melhor qualidade.

A pesquisa ficou restrita às operadoras de pequeno porte, ou seja, aquelas que, de acordo com a RDC n° 38/2000, possuem menos de 20.000 beneficiários. Este corte se justifica ante a hipótese de serem essas operadoras as que devem apresentar maior dificuldade de adaptação ao Plano de Contas Padrão, em função da limitação de recursos relativamente às operadoras de médio e de grande porte.

Com base em um questionário enviado para todas as operadoras consideradas de pequeno porte, pode-se identificar alguns dos possíveis problemas enfrentados no mercado, como por exemplo:

- grau de compreensão das normas contábeis;
- grau de compreensão da função e funcionamento das contas;
- adaptação na área de sistemas de informação;
- impacto no relacionamento da operadora com os fornecedores;
- impacto na atuação e qualificação profissional do contador;
- investimentos necessários à implementação do Plano de Contas Padrão.

O trabalho foi desenvolvido em seis capítulos. Primeiramente, procura-se discorrer sobre a configuração do mercado de saúde suplementar, apresentando um breve panorama histórico e as peculiaridades das operadoras objeto do estudo, bem como os números do setor.

O segundo capítulo apresenta um histórico da regulação do mercado, da Lei n° 9.656/98, passando por uma breve abordagem sobre as Câmaras Técnicas da ANS, em especial a Contábil, até a divulgação do normativo objeto do estudo, a RDC n° 38/2000.

No Capítulo 3, é feita uma revisão da literatura sobre plano de contas. São oferecidos alguns conceitos contábeis relevantes para o estudo, bem como as características de um plano de contas bem estruturado e os cuidados ao se elaborar um plano de contas padrão. Aborda, ainda, a questão da utilização de plano de contas padrão por outros órgãos reguladores no Brasil, como também a linguagem utilizada na evidenciação contábil e sua compreensão pelos usuários das informações contábeis.

A metodologia proposta é apresentada e discutida no Capítulo 4, onde é apresentada a justificativa para a aplicação do método de estudo de caso (uma das etapas da pesquisa), a definição das questões a serem pesquisadas, a forma de coleta de dados e a elaboração do questionário. A outra etapa envolveu a análise de dados obtidos a partir de informações contábeis das operadoras disponibilizadas no *site* da ANS.

Os resultados obtidos com a pesquisa são apresentados no quinto capítulo, por meio de tabelas e gráficos com as respostas recebidas, ao que seguem as conclusões e sugestões para trabalhos futuros de aprimoramento do Plano de Contas Padrão da ANS.

CAPÍTULO 1

CONSTITUIÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1.1. Breve Panorama Histórico do Mercado de Saúde Suplementar do Brasil

Estima-se em torno de 38 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde (ANS, 2004) e, considerando que a população brasileira residente, em 2002, foi apurada em 172 milhões de habitantes (IBGE, 2001), isso significa que o mercado de saúde suplementar abrange quase um quarto dos brasileiros.

O sistema de saúde brasileiro é constituído por instituições públicas e privadas, que se interrelacionam. Os consumidores têm a opção de utilizar o sistema privado e o público. Quando optam pelo sistema privado, os consumidores não ficam isentos da contribuição para o sistema público, uma vez que a saúde é financiada por toda a sociedade, direta ou indiretamente, segundo a Constituição Federal (art. 195). Por outro lado, despesas com planos de saúde podem ser integralmente abatidas do imposto de renda de pessoa física.

A trajetória histórica do sistema de saúde no Brasil está ligada ao crescimento da Previdência Social. De acordo com FAVARET (1990), este sistema passou por um constante processo de universalização, composto por várias etapas, sendo a primeira delas a partir do surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), definidas pela Lei Eloy Chaves, de 1923, que previa um esquema de financiamento tripartite: empregadores, empregados e Estado.

Mais tarde houve a criação dos Institutos de Aposentadorias (IAPs), em 1933, nos mesmos moldes das CAPs, beneficiando dessa vez categorias profissionais inteiras. A partir daquele momento, a condição para se obter o benefício deixava de ser a de empregado de uma determinada empresa e passava a se relacionar a alguma categoria profissional.

Havia uma divisão de trabalho entre o Ministério da Saúde e os antigos IAPs. O Ministério cuidava da saúde coletiva, da logística de distribuição de vacinas e da assistência médica mais elementar à população de baixa renda, enquanto os IAPs voltavam-se para o atendimento médico aos trabalhadores inseridos em algumas categorias profissionais e suas famílias, cobertos pela proteção previdenciária.(MÉDICI, 2003).

A partir dos anos 60, iniciou-se uma forte tendência à expansão de cobertura do sistema de saúde. Os antigos IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a incorporação, para efeito de assistência médica, de todos os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, além dos autônomos que desejassem contribuir para a Previdência Social.

Segundo OLIVEIRA & FLEURY TEIXEIRA (1986), com a criação do INPS, novas diretrizes são acrescentadas às políticas da Assistência Médica, entre elas, a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social. Entre os instrumentos e medidas que foram criados para a concretização desta política, estavam o financiamento a hospitais privados, o credenciamento para compra de serviços e os convênios com empresas.

Quanto a esses convênios, é importante ressaltar que tiveram estes um papel relevante no futuro desenvolvimento do sistema de saúde suplementar. Paralelamente à assistência médica oferecida pelo Estado, as grandes corporações estabeleciam seus próprios serviços, em função de suas necessidades ligadas à produção, como processo seletivo de trabalho, controle do absenteísmo, além de incorporar uma política de pessoal mais atraente. Com a modernização das empresas, iniciou-se uma tendência a se transferir este serviço para outras empresas especializadas (GUERRA, 1998).

No convênio estabelecido entre o INPS e as empresas empregadoras, estas passavam a arcar com a responsabilidade da atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS da prestação direta de tais serviços. Em contrapartida, a empresa recebia um subsídio e comprava os serviços médicos de outras empresas especializadas, as quais se convencionou chamar de medicina de grupo, grupo médico ou empresa médica.

A Previdência Social passou, assim, a financiar a assistência médica das empresas por intermédio desses convênios, destacando-se a Volkswagen como a primeira a se beneficiar dessa política, que, por sua vez, evoluiu em dois sentidos: de um lado, para a prestação de serviços diretos e, de outro, para sublocação de “grupos médicos” autorizados (GUERRA, 1998), o que favoreceu o crescimento da medicina de grupo até 1979, quando não foram mais homologados os convênios-empresa.

A literatura aponta que o primeiro plano de saúde no país teria surgido no Hospital e Maternidade Modelo, em 1954, estabelecido com as Indústrias Villares e o Tribunal de Justiça de São Paulo. Há também menção ao surgimento dos planos com o Grupo Policlínica Central, em 1956, quando se estabeleceu atendimento inicial para um grupo de 100 empregados de uma fábrica, ampliando-se posteriormente os grupos atendidos (GUERRA, 1998).

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE (2004), as medicinas de grupo surgiram e se desenvolveram nos anos 60, basicamente para atender à classe trabalhadora e por exigência do desenvolvimento industrial, quando se instalava no ABC, região Metropolitana de São Paulo, a indústria automobilística e, com ela, o setor de auto-peças. A baixa resolutividade dos serviços públicos na região, associada à medicina liberal cara, levaram alguns médicos a se organizarem para atender à demanda crescente, criando uma opção intermediária e alternativa, em sistema de pré-pagamento para o atendimento à saúde daquela população de trabalhadores. Seu embrião foi formado em São Paulo, em 1956, quando alguns médicos se uniram para dar assistência aos empregados e familiares de uma empresa em expansão.

Já a União dos Médicos - UNIMED (2004) reporta que as más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público de saúde, em meados da década de 60, abriram espaço para a crescente atuação das empresas de medicina de grupo, que acabaram desencadeando um processo de mercantilização do setor saúde. Contrários a essa tendência, um grupo de médicos da cidade de Santos fundou a Unimed, baseada nos princípios do cooperativismo, surgindo, assim, a primeira cooperativa médica do Brasil, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem finalidade lucrativa.

As seguradoras, por sua vez, começaram a operar no ramo de saúde no Brasil em 1976, quando apenas estavam autorizadas a operar planos de reembolso. Posteriormente, as seguradoras puderam adotar, como recurso adicional, uma rede referenciada de profissionais médicos e entidades hospitalares (Circular SUSEP nº 5, de 9 de março de 1989) como estratégia de competição no mercado, restando, entretanto, vedada a manutenção de serviços próprios de atendimento médico-hospitalar (Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, art. 133).

Em 1988, a Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a ter como meta a cobertura universal a toda a população brasileira. As conquistas trazidas com esse novo modelo de proteção social, no entanto, não conseguiram alterar o rumo da forte crise institucional e financeira no campo da assistência à saúde, cuja qualidade já se encontrava em queda desde os anos 80. Com isso, acentuou-se a tendência de o SUS passar a ser, na prática, um sistema voltado ao atendimento dos grupos sociais de menor renda, uma vez que as classes média e alta podiam contar com um sistema privado alternativo (MÉDICI, 2004).

O Plano Real propiciou um aumento das demandas por planos privados, provenientes de empregados de pequenas empresas, trabalhadores autônomos em setores de menor renda, mas, apesar da inclusão de novos segmentos da população, o mercado não se mostrou imune à recessão da primeira metade dos anos 90. A partir da segunda metade, observa-se uma retração no volume total de clientes de planos e seguros. Os próprios executivos das operadoras admitem uma descontinuidade no crescimento de clientes e negócios (BAHIA, 1999).

1.2. Peculiaridades Referentes às Modalidades de Operadoras

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS) são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo planos privados de assistência à saúde a consumidores. Estão definidas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, como pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou

comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão ou de administração, que operem produto, serviço ou contrato que caracterize plano ou seguro-saúde.

Na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu 8 modalidades de operadoras, são elas: administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões patrocinadas, autogestões não patrocinadas, medicinas e odontologias de grupo. Quanto às seguradoras especializadas em saúde, em princípio, não estavam na RDC nº 39/2000, mas passaram a figurar como modalidade de operadora após a Medida Provisória nº 2.064, de 21 de dezembro de 2000, convertida na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, recebendo tratamento específico pela RDC nº 65, de 16 de abril de 2001.

Em março de 2004 o cadastro de operadoras da ANS registrava 2.232 operadoras com um total de 38.654.449 beneficiários informados através do cadastro da ANS, conforme tabela abaixo. Do total de operadoras, cerca de 60% estão localizadas na região Sudeste, onde estão concentrados quase 70% dos beneficiários.

Tabela 1
Número de beneficiários por modalidade de operadora

Modalidade Organizacional	OPS	OPS (%)	Benef.	Benef. (%)
Administradora	12	0,54	4.953	0,01
Autogestão Não Patrocinada	126	5,65	1.083.000	2,80
Autogestão Patrocinada	204	9,14	4.488.743	11,61
Cooperativa Médica	370	16,58	9.252.565	23,94
Cooperativa Odontológica	171	7,66	1.289.851	3,34
Filantropia	125	5,60	1.399.579	3,62
Medicina de Grupo	757	33,92	12.354.187	31,96
Odontologia de Grupo	453	20,30	2.939.570	7,60
Seguradora Especializada em Saúde	14	0,63	5.842.001	15,11
Total	2.232	100,00	38.654.449	100,00

Fonte: ANS/MS - Mar. 2004.

Observa-se que dentre as modalidades de operadoras que compõem o sistema de saúde suplementar predominam as medicinas de grupo, que respondem por 33,92% do total de empresas, seguidas das odontologias de grupo, com 20,30%, e das Cooperativas Médicas, com 16,58%.

As seguradoras especializadas em saúde, apesar de responderem por apenas 0,63% das empresas, atendem a 15,11% dos beneficiários, enquanto que as odontologias de grupo atendem apenas 7,60% dos beneficiários, o que indica que as primeiras, em sua maioria, são operadoras de grande porte e as últimas, de pequeno porte.

A classificação das operadoras por porte está definida no item 5.2.1. do Capítulo I do Anexo II da norma do Plano de Contas Padrão, instituído pela RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, que assim prevê: “pequeno porte são aquelas operadoras com até 20.000 beneficiários, médio porte operadoras que possuem entre 20.000 e 100.000 beneficiários e grande porte operadoras com mais de 100.000 beneficiários”.

Dados da ANS informam que do universo de operadoras registradas 66% são de pequeno porte, com 22% dos beneficiários; 11% são de médio porte, com 33% dos beneficiários; e 3% são de grande porte, com 45% dos beneficiários, salientando-se que 21% das operadoras registradas não informaram o número de beneficiários (ANS/MS, 2003).

Outra variável importante para a operação de planos é o fato de a operadora possuir ou não uma rede própria. cujo conceito encontra-se assim estabelecido no item 3.2.5 do capítulo I do Anexo II da RDC nº 38/2000:

*“Para fins deste Plano de Contas, entende-se como **rede hospitalar própria (grifo nosso)**, todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade da operadora, ou de sociedade controlada pela operadora, ou ainda de sociedade controladora da operadora; e **rede médica/odontológica própria (grifo nosso)**, compreendendo todos os profissionais médicos ou odontólogos, assalariados ou cooperados da operadora.”* (grifou-se)

Como visto anteriormente, as seguradoras não podem possuir rede própria, pois, seguindo a regulação geral dos seguros do Decreto-lei nº 73/66 (art. 133), a Lei nº 10.185/2001 incorporou a proibição de terem qualquer atividade que não a operação de seguros.

Deve ser destacado que as operadoras não são obrigadas a ter rede própria; ao contrário, a grande maioria não a possui. As cooperativas, por exemplo, possuem importantes redes próprias de médicos, que são seus cooperados. Já a maior parte das entidades filantrópicas possui rede hospitalar própria e operam planos de saúde como parte de uma estratégia de geração de novas fontes de recursos para custear o desenvolvimento de suas atividades.

A rede própria é apontada como fator de racionalização de custos, uma vez que permite um gerenciamento mais eficaz do risco. Segundo Gabay (2002), no caso de planos que oferecem uma rede composta por serviços próprios, como no caso das medicinas de grupo, o gerenciamento de riscos para eventos de pequeno porte, como consultas, exames e terapias, é realizado de maneira eficaz, uma vez que esses eventos são direcionados à sua rede própria, cujo custo é controlado. A dificuldade de gerenciamento neste caso ocorre nos tratamentos de alto risco, que envolvem internações prolongadas em hospitais. Embora, neste sistema de plano de saúde, este tipo de tratamento na maioria dos casos também é direcionado para seus hospitais próprios, os custos envolvidos podem variar consideravelmente, gerando despesas acumuladas em determinados meses acima das eventuais projeções anuais.

Por outro lado, autores como VIANA (2003), quando comparam as operações de seguradoras com as outras operadoras de planos, mas especificamente, a relação entre as receitas financeiras das seguradoras e os valores imobilizados nas redes próprias, afirmam que os valores imobilizados não rendem juros e reconhecem que a aplicação financeira tem sido melhor negócio que o investimento em estrutura de atendimento à saúde.

1.3. Características Principais de cada Modalidade de Operadora

1.3.1. Administradora

Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que exclusivamente administram planos ou serviços de assistência à saúde, sem assumir o risco da operação nem possuem rede própria, referenciada ou credenciada. Uma operadora da modalidade medicina de grupo ou seguradora, que também administra plano financiado por um contratante é classificada na modalidade de medicina de grupo ou seguradora, pois prevalece a modalidade em que implica maior risco.

Os números atuais da ANS informam serem 12 operadoras classificadas nesta modalidade, o que corresponde a 0,54 % do total e que movimentaram em contraprestações, R\$ 2.748.830,98 em 2003 (ANS/MS, 2004). De acordo com a RDC nº 39/2000 (art. 9º), esta modalidade era inicialmente subdividida em dois segmentos:

“ I - administradoras de planos: são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras; ou

II - administradora de serviços: são as empresas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.”

Neste último segmento, estava incluído o cartão de desconto, espécie de administradora em que o beneficiário, mediante apresentação de um cartão, obtinha desconto na prestação de serviços médicos e odontológicos. Quando da edição da RDC nº 39/2000, a ANS divulgou entendimento de que os cartões de desconto ou similares estariam submetidos aos dispositivos da Lei nº 9.656/98, especialmente quanto às exigências de registro e autorização, e determinou que as empresas que estavam oferecendo essa modalidade de produto regularizassem sua atuação. Posteriormente, em

6 de junho de 2003, editou a Resolução Normativa (RN) nº 40, que restringiu a comercialização dos cartões de desconto, estabelecendo em seu artigo 1º que:

“Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 1998.”

Em função disso, a mesma RN alterou a redação dos arts. 9º e 11, pelo que as administradoras passaram a ter a seguinte definição:

"Art. 9º As Administradoras de planos, definidas no art. 11 desta Resolução, são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde e que, portanto, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, a qual financia tais planos.

/.../

"Art. 11. Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pela contratante, e que não assumem, portanto, o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos."

1.3.2. Cooperativa Médica

Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência à saúde. A modalidade representa 16,58 % das operadoras registradas na ANS, atende 23,94% dos beneficiários e movimentou, em contraprestações, R\$ 7.868.364.267,54 em 2003 (ANS/MS, 2004). A

Cooperativa de Trabalho Médico Unimed responde por quase a totalidade das cooperativas que oferecem planos de saúde no Brasil.

De acordo com DUARTE (2001:374), os cooperados, ao entrar em uma cooperativa, integralizam quotas de capital, com vistas a cobrir os serviços prestados a seus participantes. Não existe a necessidade de que o montante seja igual para todos e cada cooperado tem direito a apenas um voto em suas assembléias gerais.

Sua estrutura está organizada em “cooperativas de diferentes graus”, constituídas como se segue:

- Cooperativas de primeiro grau, denominadas “singulares”, com área de atuação restrita a um ou mais municípios;
- Cooperativas de segundo grau ou Federações, constituídas com um mínimo de três singulares;
- Cooperativa de terceiro grau ou Confederação, constituída por pelo menos três Federações.

Esta integração do sistema não elimina a autonomia das singulares, propiciando, na verdade, vantagens competitivas, pois podem se auxiliar mutuamente.

Duas singulares não podem apresentar coincidências na área de ação, o que pode levar a uma postura monopolista por parte dessas empresas. Muitas singulares lutam para que seus cooperados atuem exclusivamente em sua cooperativa (unimilitância), gerando conflitos não apenas perante empresas concorrentes, como também em relação a cooperados que não compartilham dessa visão e desejam efetuar o atendimento também para clientes da concorrência (GUERRA, 1998).

As Federações e Confederações podem negociar contratos com empresas de âmbito de atuação regional ou nacional, enquanto as singulares apenas na esfera local. O atendimento é realizado na rede de Unimeds locais, a partir do repasse de pagamento. Esse mesmo mecanismo possibilita o intercâmbio de atendimento entre as singulares, o que amplia fortemente a rede de serviços em âmbito nacional (DUARTE, 2001). Essa característica operacional é bastante explorada pelo setor de *marketing* da Unimed e foi

incorporado ao Plano de Contas Padrão em contas de compensação entre cooperativas (intercâmbio a receber ou a pagar).

1.3.3. Cooperativa Odontológica

Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764/71, que operam exclusivamente planos odontológicos. Esta modalidade representa 7,66% das operadoras, com 3,34 % dos beneficiários e movimentou, em contraprestações, R\$ 132.048.090,40 em 2003.(ANS/MS, 2004)

A cooperativa de trabalho Uniodonto é a maior e mais conhecida das cooperativas que oferecem planos de saúde, com cobertura exclusivamente odontológica, no Brasil. A Uniodonto é a primeira cooperativa de dentistas formada em todo o mundo. Constituído em 1972, o Sistema Nacional Uniodonto reúne mais de 18 mil cirurgiões-dentistas cooperados em todo o país, associados a mais de 170 cooperativas, agrupadas em 9 Federações regionais (UNIODONTO, 2004). Sua estrutura organizacional é semelhante a das Unimed.

1.3.4. Autogestão

Autogestão é o modelo em que a própria organização administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes. De acordo com o art. 14 da RDC nº 39/2000:

“Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou

afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.”

Uma autogestão, segundo o art. 6º da mesma Resolução, é considerada patrocinada quando se responsabiliza pelo plano de saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura a uma população delimitada de uma ou mais empresas, mediante gestão própria. As autogestões que não se responsabilizam pelo plano são classificadas como autogestões não patrocinadas.

As autogestões não patrocinadas representam 5,65% das operadoras, com 2,80% dos beneficiários e, em 2003, movimentaram R\$ 527.570.620,30 em contraprestações, ao passo que as autogestões patrocinadas representam 9,14%, com 11,61% dos beneficiários.

As autogestões patrocinadas estão dispensadas de exigência da escrituração contábil prevista nas normas do Plano de contas Padrão (RN nº 27/2003, Anexo II, Capítulo I, item 3.10), assim como da constituição de garantias financeiras (art. 1º da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001).

A justificativa para essas isenções é que existe uma empresa, a patrocinadora, que se responsabiliza pelo plano de saúde dos seus empregados e dependentes e que, em caso de déficit nas atividades de operação de plano, aportará recursos para que não haja descontinuidade na prestação da assistência à saúde dos participantes. Uma regulação mais incisiva poderia provocar desinteresse de empresas e entidades em manter programas de assistência à saúde sob a modalidade de autogestão.

1.3.5. Medicina de grupo

Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam planos de saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades cooperativa, autogestão e administradora. A medicina de grupo foi classificada por exclusão, por conta da dificuldade de se obter uma definição mais pontual sobre esse

segmento do mercado durante a Câmara Técnica de Segmentação (BRASIL/MS/ANS, 2000). A medicina de grupo representa o maior número de operadoras, chegando a 33,92% do total, com 31,96 % dos beneficiários, tendo movimentado, em 2003, R\$ 8.912.463.251,77 em contraprestações.(ANS/MS, 2004)

O órgão representativo do setor é a ABRAMGE, mas nem todas as empresas integram o sistema, tendo em vista que, para participar, as interessadas devem atender parâmetros técnicos, jurídicos e empresariais (GUERRA,1998). As participantes da ABRAMGE podem oferecer cobertura de âmbito nacional em seus planos, mesmo não possuindo unidades em determinadas regiões.

1.3.6. Odontologia de Grupo

Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos. Assim como as medicinas de grupo o enquadramento nessa modalidade se dá em caráter residual. A odontologia de grupo representa 20,30% das operadoras, com 7,60 % dos beneficiários e movimentou, em contraprestações, R\$ 280.396.991,33 em 2003.(ANS/MS, 2004)

1.3.7. Filantropia

Na modalidade de filantropia estão classificadas as entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e tenham obtido certificados de entidade filantrópica perante o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal pelo Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal pelos órgãos dos Governos estaduais e municipais.

Respondem por 5,60% das operadoras e atendem 3,62% dos beneficiários e movimentou, em contraprestações, R\$ 793.007.801,15 em 2003.(ANS/MS, 2004). Originalmente estes hospitais prestavam serviços às comunidades carentes e sobreviviam de doações. Em busca de novas fontes de financiamento, em função dos

baixos valores das tabelas de remuneração do SUS, alguns hospitais filantrópicos passaram a operar planos privados.

1.3.8. Seguradoras

As Seguradoras são sociedades anônimas que podem operar com diversos tipos de seguros, enquadráveis nos ramos elementares, vida e saúde. Para um PIB de U\$ 451,7 bilhões, o mercado segurador brasileiro movimentou, em 2002, U\$ 10,3 bilhões em prêmios, o que representam 2,3% do PIB (SUSEP, 2003). O início da atividade seguradora no país remonta ao século XVI, com a iniciativa dos jesuítas em criar formas de mutualismo ligadas à assistência.

Quanto ao seguro-saúde, sua definição clássica é a atividade econômica pela qual se garante o reembolso de despesas médico-hospitalares, decorrentes de acidentes ou doenças, efetuadas pelo segurado titular ou dependentes incluídos na apólice. Sua principal característica é permitir aos segurados a livre escolha dos serviços de assistência à saúde, garantindo o reembolso posterior das despesas (art. 130, § 2º do Decreto-lei nº 73/66).

O seguro-saúde é o único segmento do mercado que já se submetia à regulação antes da vigência da Lei nº 9.656/98. A operação dessa atividade era supervisionada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), sob a normatização do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

Inicialmente, a regulamentação do seguro-saúde autorizou apenas sua operação na modalidade de reembolso, pago diretamente ao segurado ou ao prestador do serviço, contra a apresentação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares. Não havia uma rede provedora dos serviços de atenção médica ligada à entidade seguradora, pois que lhe cabia apenas a intermediação financeira. Foi assim durante anos até que as seguradoras pudessem lançar mão, como recurso adicional, de uma rede referenciada de profissionais em saúde, entidades hospitalares e serviços de apoio a diagnose e tratamento, como estratégia de competição no mercado, restando-lhes,

contudo, ainda vedada a manutenção de serviços próprios de atendimento médico-hospitalar, como já se relatou.

No entanto, a partir do marco regulatório da saúde suplementar, a operação do seguro-saúde passou a estar subordinada às regras da Lei nº 9.656/98, uma vez que a lei optou por demarcar o setor a partir do produto que nele se opera, ou seja, plano ou seguro saúde, e não pela definição do agente regulado.

Em reforço, foi editada a Lei n.º 10.185/2001, que determinou a especialização das sociedades seguradoras que operavam no ramo saúde em seguradoras especializadas em saúde, com vistas a realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem fazer o *mix* de carteiras com outros ramos do seguro. A especialização deveria ocorrer até 1º de julho de 2001, data limite para as seguradoras providenciarem sua especialização, normalmente através da criação de uma empresa subsidiária integral. A seguradora cedente da carteira de beneficiários continuou operando os demais ramos de seguro sob a supervisão da SUSEP, ao passo que a seguradora especializada passou a estar subordinada às normas e fiscalização da ANS, exceto quanto às aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas, cujas regras a ser seguidas são as editadas pelo Conselho Monetário Nacional (CMN).

Dados da SUSEP dão conta de que dos U\$ 10,3 bilhões de prêmios emitidos no mercado segurador brasileiro, em 2002, cerca de 20,2 % correspondem ao ramo saúde, atrás apenas dos ramos auto e vida, com 30,4 % e 29,74% respectivamente.(SUSEP, ANS. 2003)

No âmbito da saúde suplementar, as 14 seguradoras especializadas em saúde é a modalidade que, em números absolutos, tem baixa representatividade, somando apenas 0,54% das operadoras, contudo detêm 15,11% do total de beneficiários e, em 2003, movimentou R\$ 6 bilhões em prêmio. Vale destacar a concentração no próprio segmento, com 2 grandes empresas (Sul América Aetna Seguro Saúde e Bradesco Saúde) captando ambas cerca de 80% do total de prêmios.

CAPÍTULO 2

HISTÓRICO DA REGULAÇÃO

2.1. Da Primeira Versão da Lei até a Criação da ANS

O setor de saúde suplementar apresenta peculiaridades e ineficiências que o diferenciam dos demais setores econômicos e que podem resultar em perda de bem estar na ausência de regulação. A necessidade de regulação surge como forma de corrigir essas ineficiências, as quais se dá o nome de falhas de mercado, que podem ser classificadas, em linhas gerais, como a presença de bens públicos, externalidades, monopólio natural e assimetria de informação (STIGLITZ, 1999), sendo esta última a mais relevante para o mercado de serviços de assistência à saúde.

Segundo DONALDSON & GERARD (1993), a assimetria informacional é a distribuição desigual da informação entre produtores e consumidores. A teoria microeconômica básica inclui, em sua análise de mercado, a hipótese de informação perfeita. Sob tais condições, todos os agentes, consumidores e produtores, têm informação completa sobre preços, características e qualidade de qualquer bem ou serviço disponível nesse mercado (PINDICK & RUBINFELD, 2002). Consumidores serão tão bem informados sobre o produto quanto o produtor. No setor de saúde, os níveis de informação entre os agentes serão diferentes como, por exemplo, entre médicos e pacientes, em que, em geral, o paciente (consumidor) não tem informação completa, se comparado ao médico (produtor), sobre sua condição de saúde, tratamento disponível, resultados esperados e preços cobrados pelos outros médicos.

A assimetria de informação pode resultar em problemas de risco moral (*moral hazard*), que ocorrem também na relação entre consumidores e operadora, onde os primeiros tendem a sobreutilizar os serviços, já que o custo marginal do serviço demandado é zero. A operadora, em tese, poderia estabelecer limites de utilização, o

que é vedado pela legislação, sob a justificativa de causar excessiva desvantagem ao consumidor.

De acordo com ANDRADE & COIMBRA (2001) a assimetria de informação pode resultar também em problemas de seleção de risco, tais como seleção adversa e o *cream skimming*. No primeiro caso, os indivíduos que compõem o grupo de baixo risco saem da operadora, por não estarem dispostos a pagar mais do que o preço considerado justo, permanecendo os indivíduos de risco elevado, o que pode ter impacto negativo na estrutura de custos da empresa. O *cream skimming* ocorre em situação inversa, quando as operadoras conseguem segmentar o mercado e ofertar contratos diferenciados para consumidores com riscos distintos. Esses contratos são feitos de forma que o próprio indivíduo, ao escolher entre contratos diferenciados de seguro, revele seu grau de risco. A oferta de contratos não diferenciados, em geral, implica perda de bem estar, pois consumidores com risco mais baixo não poderiam desfrutar de cobertura plena, pois teriam de pagar o preço dos indivíduos de maior risco.

Outro aspecto importante ligado à assimetria de informação diz respeito à situação econômico-financeira das operadoras. Informação é fundamental para que o consumidor continue recebendo assistência à saúde, no entanto a informação, nesse mercado, é assimétrica, na medida em que somente a operadora tem conhecimento sobre sua real situação financeira. Daí a importância de o órgão regulador controlar a solvência das operadoras e determinar a obrigatoriedade da divulgação das demonstrações contábeis. Essa falha de mercado já é suficiente para ilustrar a necessidade e a importância da regulação no mercado de saúde suplementar.

As primeiras operadoras de planos de assistência à saúde iniciaram suas atividades no início da década de 60, entretanto a normatização do setor começou a ser elaborada apenas em 1994, quando foi apresentado, na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº 4.425¹, tendo aquela Casa aprovado a primeira versão da Lei que iria regular o mercado de saúde suplementar. Nesse primeiro texto, observa-se uma grande ênfase na regulação da parte econômico-financeira das operadoras, assim como na proteção ao consumidor. A regulação se daria pela SUSEP, autarquia do Ministério da Fazenda, que supervisiona os mercados de seguros privados, previdência privada

complementar aberta e capitalização e que, portanto, já regulava o chamado seguro-saúde, a partir das diretrizes definidas pelo CNSP, órgão que define a política de seguros do País.²

Após o debate no Senado, no primeiro trimestre de 1998, o projeto sofreria algumas alterações, principalmente no que diz respeito aos agentes reguladores. A regulação referente às operadoras, contemplando regras como autorização de funcionamento, monitoramento econômico-financeiro e reajustes de preços, continuaram a ser atribuições da SUSEP e do CNSP. De outra parte, a regulação dos aspectos assistenciais recebeu mudança relevante, na medida em que ao Ministério da Saúde, através do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), órgão da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e ao recém-criado Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)³ coube assumir a regulação da atividade de assistência à saúde, inclusive a autorização para comercialização do produto e toda a fiscalização relativa a essa área. Também foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar (CSS),⁴ órgão consultivo permanente na regulação da assistência à saúde. As alterações definidas pelo Senado acabaram por ser viabilizadas pela edição de uma medida provisória, como opção política negociada entre o Executivo e o Senado, uma vez que, caso este promovesse alterações ao texto Projeto de Lei, teria este de ser novamente remetido à Câmara dos Deputados, o que prolongaria a discussão e adiaria sua aprovação final (BRASIL/CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1997).

Desse modo, a Lei nº 9.656 foi sancionada em 3 de junho de 1998 pelo Presidente da República, conforme o texto aprovado na Câmara. No dia seguinte a sua publicação, editou-se a Medida Provisória nº 1.665, para alterar o texto original, exatamente como havia sido acordado com o Senado. O marco legal da regulação passou a ser, assim, a combinação da Lei nº 9.656/98 com a MP nº 1.665/98, reeditada mensalmente até agosto de 2001, estando atualmente vigente a MP nº 2.177- 44/2001.

A Lei normatizou aspectos relevantes para o funcionamento do mercado de saúde suplementar. Definiu o que seja plano privado de assistência à saúde e, em consequência, operadora de planos de assistência à saúde; padronizou os produtos oferecidos no mercado, determinando a transparência dos contratos, delimitando a

carência e vedando exclusões e limitações na cobertura assistencial; instituiu o controle de preços dos produtos; e vedou a discriminação de consumidores. No campo da regulação econômica, estabeleceu regras de autorização de funcionamento para as operadoras, entre elas a necessidade de demonstrar a viabilidade econômico-financeira dos planos que oferece; a obrigatoriedade de publicação das demonstrações financeiras juntamente com o parecer de auditor independente.

O marco regulatório aprovado em junho de 1998 entrou em vigor, efetivamente, em janeiro de 1999. Durante esse intervalo, foram editadas pelo CONSU várias resoluções e pela SUSEP duas Circulares⁵ necessárias para viabilizar as exigências da legislação relativamente ao registro das operadoras e dos planos comercializados por elas.

As diversas medidas provisórias posteriormente editadas trouxeram sucessivas modificações à Lei. O prazo de cada Medida Provisória se esgotava a cada 30 dias, o que obrigava o Governo a editar uma nova até que o Congresso a colocasse em pauta (VIANA *et al*, 2000).

Na etapa seguinte do processo, ocorreu uma unificação das atribuições de regulação do setor no Ministério da Saúde, através da MP nº 1908-18, de 24 de setembro de 1999, sob a justificativa de que a separação da regulamentação e da fiscalização econômico-financeira dos serviços de assistência à saúde dificultavam a coordenação necessária ao processo. Também como consequência dessa medida provisória o CONSU foi transformado em Conselho Ministerial. A CSS teve suas atribuições ampliadas, passando a se manifestar, também, sobre o aspecto econômico-financeiro da regulação (BRASIL/MS/ANS, 2001).

Outra modificação relevante ocorreu pela MP nº 1908-20, de 25 de novembro de 1999, que transferiu para a ANS a regulação, normatização, controle e fiscalização de atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. O marco referencial dessa revisão do modelo de regulação é, sem dúvida, a criação da ANS pela Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que passou a assumir todas as atribuições de regulação do mercado de saúde suplementar.

2.2. Da Criação da ANS até o Normativo do Plano de Contas Padrão

As Agências são uma consequência do modelo regulatório utilizado no Brasil e seguem a experiência internacional de intervenção governamental sobre os monopólios naturais e de busca de eficiência alocativa e controle tarifário (COSTA *et al*, 1999).

O desenho das Agências reguladoras foi preconizado conforme um conjunto de recomendações resumidas por NUNES (1999) em autonomia decisória; ampla divulgação de decisões e procedimentos; celeridade nas relações com os consumidores e agentes econômicos; e inclusão dos interessados em audiências públicas.

A ANS foi a quinta agência reguladora criada no Brasil. Antes já haviam sido criadas três agências no setor de infra-estrutura Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) e a Agência Nacional de Petróleo (ANP) e uma no setor-saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Lei nº 9.961/2000, em seu art. 1º estabelece ser a ANS, uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, como órgão de regulação, normalização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A mesma lei prevê, em seu art. 3º, que a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. A direção dessa agência é exercida por uma Diretoria Colegiada, composta de cinco Diretores, sendo um deles seu Diretor-Presidente, tendo todos mandatos de 3 anos não coincidentes. A ANS conta com uma estrutura composta por 5 Diretorias, são elas:

- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE): entre suas atribuições estão a autorização de funcionamento e o acompanhamento econômico-financeiro

das operadoras, sendo responsável também pelos regimes especiais a que estão submetidas as operadoras com problemas administrativos ou instabilidade econômico-financeira (direção fiscal, direção técnica e liquidação extrajudicial) e pela homologação do nome dos administradores indicados pelas operadoras (art. 21 do RI da ANS);

- Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO): entre suas atribuições, podem-se destacar as atividades de habilitação, qualificação e acompanhamento dos planos de saúde, sendo responsável também por monitorar preços dos produtos e autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias⁶ dos planos (art. 24 do RI da ANS);
- Diretoria de Fiscalização (DIFIS): é responsável por planejar as atividades de fiscalização assistencial e econômico-financeira das operadoras, implementar ações de apoio e conscientização dos consumidores e articular-se com os órgãos de defesa do consumidor (art. 29 do RI da ANS);
- Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES): compete-lhe planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de integração de informações e ressarcimento das operadoras ao SUS, bem como promover a melhoria do desempenho das operadoras setoriais e incentivo à qualidade (art. 18 do RI da ANS);
- Diretoria de Gestão (DIGES): é responsável pelo sistema de gerenciamento da ANS (recursos financeiros, humanos, suprimentos, informática etc.), além de controlar a arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar⁷ (art. 39 do RI da ANS).

2.3. Regulamentação do Plano de Contas

Uma das atribuições mais importantes da DIOPE é monitorar a situação econômico-financeira das operadoras, com o objetivo primeiro de avaliar a solvência⁸ das operadoras e, por esse mecanismo regulatório, zelar pelo equilíbrio econômico-financeiro do mercado.

Para que a ANS efetue o controle econômico-financeiro desse mercado tão heterogêneo, é fundamental que haja transparência nas demonstrações contábeis⁹ e, para tanto, devem ser padronizadas, isto é, deve existir um plano de contas padrão. Antes do marco regulatório, cada modalidade de operadora adotava seu plano de contas, sendo de se salientar que a flexibilização das normas de contabilidade favorece a prática de uma contabilidade que não reflete a situação econômico-financeira das entidades.

Assim é que, para o órgão regulador, é indispensável a adoção pelos agentes regulados de um plano de contas padrão, a fim de que exista uniformidade nos registros contábeis das empresas ou entidades que integram o mercado que ele regula. São exemplos de órgãos reguladores que utilizam planos de contas padrão: a SUSEP, o BACEN e a SPC do Ministério da Previdência Social.

O Plano de Contas Padrão das operadoras de planos de assistência à saúde tem por finalidade uniformizar os registros contábeis, estabelecer regras, critérios e procedimentos necessários à obtenção e divulgação de dados, além de possibilitar o acompanhamento do mercado de saúde suplementar e permitir a avaliação do desempenho das operadoras.

O Plano de Contas é o principal instrumento de controle operacional dos agentes regulados, na medida em que propicia a análise mais completa e acurada da situação econômico-financeira da operadora, permite o exame da dinâmica de desempenho de uma mesma operadora ao longo de sua existência, viabiliza comparativos entre desempenhos de operadoras de igual ou diferentes portes e, ainda, facilita as ações de fiscalização sobre os agentes regulados, sejam *in loco* ou na sede do órgão regulador.

Outro aspecto relevante é que o Plano de Contas Padrão é a base do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), estabelecido pela DIOPE, na Resolução de Diretoria - RE n° 01, de 13 de fevereiro de 2001, que estabelece a obrigatoriedade de envio trimestral por todas as operadoras de informações de natureza cadastral (endereço da sede, CNPJ da operadora,

nome e CPF dos administradores etc.) e econômico-financeiras, sendo estas últimas geradas a partir das demonstrações contábeis das operadoras. A partir da base de dados constituída pelo DIOPS, a área de acompanhamento econômico-financeiro da ANS estabelece um programa de monitoramento das operadoras, define indicadores de desempenho, avalia tendências, entre outras ações. Tais atividades de monitoramento sobre o mercado são fundamentais, pois o órgão regulador assim atua de maneira preventiva, zelando por seu equilíbrio, para que os consumidores tenham garantido a continuidade dos seus benefícios.

O Plano de Contas Padrão também permite auxiliar e subsidiar as decisões da ANS diante da complexidade do mercado, tendo em vista:

- **O porte das operadoras** - o universo de operadoras a ser atendido é muito vasto e diversificado, as atuais 2.232 operadoras têm portes díspares, que vão desde grandes conglomerados a pequenas associações, além de oferecerem produtos que variam entre planos âmbito nacional aos de órbita municipal;
- **Sua forma jurídica** - as organizações que atuam como operadoras de planos de assistência à saúde exercem suas atividades sob a forma de sociedade anônima ou por cota de responsabilidade limitada, sociedade civil com ou sem fins lucrativos, fundação e até mesmo firma individual;
- **A finalidade de lucro** - as operadoras podem ter finalidade lucrativa ou não;
- **A existência de rede própria** - as operadoras podem possuir ou não rede própria hospitalar ou rede própria ambulatorial, neste caso mantendo médicos assalariados ou cooperados.

A diversidade de operadoras atualmente existentes no mercado de saúde suplementar pode ser observada pelos dados constantes da Tabela 2:

Tabela 2
Número de operadoras por forma de organização societária

Natureza Jurídica	OPS	OPS (%)
Sociedade por cota de participação limitada (LTDA)	773	34,63%
Sociedade cooperativa	542	24,28%
Sociedade civil com fins lucrativos	367	16,44%
Associação	155	6,94%
Sociedade civil sem fins lucrativos	116	5,20%
Sociedade anônima (S.A.)	113	5,06%
Sociedade comercial - Outras	97	4,35%
Fundação	43	1,93%
Empresa individual	14	0,63%
Empresa pública	11	0,49%
Dependência de empresa sediada no exterior	1	0,04%
Total:	2.232	100%

Fonte: ANS/MS - Mar. 2004.

As peculiaridades operacionais devem estar previstas no Plano de Contas de forma a permitir sua utilização por qualquer operadora, independentemente da modalidade, segmento, ou forma jurídica que a caracterizar.

2.3.1. Segmentação das Operadoras

Por conta da necessidade de se levar em consideração as peculiaridades das operadoras tanto na elaboração do Plano de Contas Padrão quanto no estabelecimento de regras de garantias financeiras, a regulamentação relativa à segmentação das operadoras foi a primeira norma a ser elaborada pela DIOPE, tornando-se uma norma básica, a partir da qual as outras foram elaboradas. Vale dizer que a normatização desta matéria se insere entre as funções regulatórias da ANS, conforme expresso em sua lei de criação (Lei nº 9.961/2000), que lhe confere, nos termos do inciso X de seu art. 4º, competência para “definir, para fins de aplicação da Lei n.º 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, **observando as suas peculiaridades**” (grifou-se).

Diante da complexidade da tarefa e no intuito de buscar uma ampla discussão com o mercado, transparência no processo de regulação, troca de experiências, adequação das normas à realidade do setor, legitimação e institucionalização das regras e harmonização do processo regulatório (BRASIL/MS/ANS,2000a), a Diretoria Colegiada da ANS, por proposta da DIOPE, optou por constituir uma Câmara Técnica¹⁰ para discutir uma minuta do normativo.

Após três audiências, chegou-se à redação final da norma proposta pela Câmara Técnica, que, após aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS, foi publicada como RDC nº 39/2000, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde. A RDC nº 39/2000 traz o conceito de rede própria, classifica as operadoras em 8 modalidades e enquadra, no art. 4º, as operadoras nos seguintes segmentos, em função do percentual de despesas assistenciais efetuadas em rede própria hospitalar ou médica:

“I - segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II - segmento primário principal / SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

III - segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV - segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo

aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

V - segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou

VI - segmento terciário ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.”

Importa destacar que a segmentação em que a operadora se enquadra é um dos fatores utilizados no dimensionamento das garantias financeiras de suas provisões técnicas e é calculada pela operadora a partir de algumas contas de despesa do seu balanço patrimonial.

Uma vez editada a norma sobre segmentação das operadoras, seguiu-se com o projeto do Plano de Contas Padrão. A elaboração de uma proposta de norma foi contratada pela ANS com a Fundação Getúlio Vargas (FGV), que, após diversas reuniões, sendo 12 com representantes da ANS, produziu a minuta que foi enviada à Câmara Técnica Contábil, também instaurada por decisão da Diretoria Colegiada da ANS, que a apresentou aos agentes do mercado participantes daquele fórum de discussão. Houve 5 reuniões da Câmara Técnica Contábil, onde estiveram presentes, além dos agentes de mercado que integraram a Câmara Técnica de Segmentação, o representante do Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (IBRACON), Conselho Federal de Contabilidade (CFC), tendo participado, também, na condição de ouvintes, a equipe da FGV.

Saliente-se que todo Plano de Contas adotado no Brasil deve obedecer aos Princípios Fundamentais de Contabilidade e pelas Normas Brasileiras de Contabilidade, ambos ditados pelo CFC. Nesse sentido, o Plano de Contas Padrão discutido na Câmara

Técnica Contábil observou tais Princípios e Normas, sendo referendado pelo representante do CFC na Câmara Técnica Contábil.

O Plano de Contas Padrão da ANS foi aprovado na mesma reunião de Diretoria Colegiada que aprovou a norma de segmentação, tendo também sido publicado no Diário Oficial da União do mesmo dia. Entretanto, recebeu número anterior a esta norma, tendo sido, assim, instituído pela RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000.

NOTAS:

¹ O PL nº 4.425/94 tem origem no Senado Federal, onde foi aprovado o PL nº 93, de autoria do Senador Iram Saraiva, com a proposta de vedar às operadoras a exclusão de patologias e outros agravos à saúde nos contratos de planos de assistência médico-hospitalar.

² O Conselho Nacional de Seguros Privados-CNSP é integrado pelos Ministros da Fazenda, da Saúde, da Justiça e da Previdência e Assistência Social; Presidente do Banco Central; Superintendente da SUSEP; e Presidente do IRB.

³ Criado pelo Decreto nº 2.477/98, com as alterações do Decreto nº4.044/2001, o CONSU é atualmente integrado pelos Ministros da Justiça, que o preside, da Saúde, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

⁴ Atualmente a CSS é integrada pelo Diretor Presidente da ANS, por representantes dos Ministérios da Fazenda, Previdência e Assistência Social, do Trabalho e Emprego, da Justiça, da Saúde, além de outros atores do setor e da sociedade.

⁵ As Circulares SUSEP foram as de nº 68, de 1998, e a 77, de 1999, que regulamentavam os documentos que deveriam ser enviados para a SUSEP, tendo em vista o cadastro provisório. Esse registro provisório era um procedimento prévio para que as operadoras pudessem registrar seus planos no DESAS/SAS.

⁶ Contraprestação pecuniária é o valor pago pelo consumidor à operadora para poder fazer uso do plano de saúde contratado. O mesmo se pode dizer do termo prêmio, este aplicado às operações de seguro.

⁷ A Taxa de Saúde Suplementar é o tributo instituído para garantir a autonomia financeira da ANS no exercício de sua atividade regulatória. Está prevista no art. 20 da Lei nº 9.961/2000.

⁸ Solvência é a capacidade da operadora em honrar seus compromissos com seus credores.

⁹ As demonstrações contábeis fixadas pela Lei das S.A. são as apresentadas em seu art. 176.

¹⁰ A Câmara Técnica de Segmentação foi constituída pelos seguintes atores do mercado:

- União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS (antiga CIEFAS);
- Confederação das Misericórdias do Brasil;
- Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - UNIMED;
- Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS;
- Confederação Nacional do Comércio - CNC;
- Conselho Federal de Medicina - CFM;
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- Federação Brasileira de Hospitais - FBH;
- Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – FENASEG;
- Ministério da Fazenda;
- Ministério da Saúde;
- Sindicato Nacional de Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE-ABRAMGE;
- Sindicato Nacional de Empresas de Odontologia de Grupo - SINOG;
- Sistema Nacional de Cooperativas Odontológicas – UNIODONTO

CAPÍTULO 3

PLANO DE CONTAS PADRÃO DA ANS

3.1. Conceitos Essenciais sobre um Plano de Contas

Antes de apresentar a estrutura do Plano de Contas Padrão da ANS, é preciso definir alguns conceitos para melhor compreensão de seus conteúdo e significado.

3.1.1. Contabilidade

A Resolução CFC nº 785, de 28 de junho de 1995, estabelece:

“A contabilidade, na sua condição de ciência social, cujo objeto é o Patrimônio, busca, por meio da apreensão, da quantificação, da classificação, do registro, da eventual sumarização, da demonstração, da análise e relato das mutações sofridas pelo patrimônio da Entidade particularizada, a geração de informações quantitativas e qualitativas sobre ela, expressas tanto em termos físicos quanto monetários”.

Para IUDÍCIBUS *et al* (1997), a Contabilidade se configura metodologia concebida especificamente para captar, registrar, acumular, resumir e interpretar os fenômenos que afetam as situações patrimoniais, financeiras e econômicas de qualquer ente, seja este pessoa física, entidades de finalidades não lucrativas, empresa ou mesmo pessoa de Direito Público.

Já RIBEIRO (2002) apresenta a Contabilidade como a ciência que permite, através de suas técnicas, manter um controle permanente sobre o patrimônio da Empresa.

3.1.2. Patrimônio

É o conjunto de bens, direitos e obrigações de uma pessoa, sendo avaliado em moeda. Assim, para se conhecer o valor da situação líquida da entidade, deve-se somar o valor dos bens e dos direitos e desse resultado subtrair o valor das obrigações. Essa situação líquida é chamada de patrimônio líquido.

3.1.3. Conta

De acordo com LOPES DE SÁ (1998), conta é a expressão qualitativa e quantitativa, estática e dinâmica de fatos patrimoniais da mesma natureza, ocorridos ou por ocorrer, em uma empresa ou em uma entidade. São exemplos de fatos patrimoniais o movimento de dinheiro em bancos, despesas com administração, pagamento de prestadores de serviço etc.

RIBEIRO (2002) conceitua conta como o nome técnico dado aos componentes patrimoniais (bens, direitos e obrigações e patrimônio líquido) e aos elementos de resultado (despesas e receitas). As contas podem ser patrimoniais e de resultado. As primeiras representam bens, direitos e obrigações e o patrimônio líquido, enquanto que as segundas registram as variações positivas (receitas) e as variações negativas (despesas) que ocorrem no patrimônio.

Logo, uma conta deve ser apresentada, para efeito de um plano de contas, através de seu título, função e funcionamento.

3.1.4. Título de uma Conta

De acordo com LOPES DE SÁ (1998), para se exprimir, de forma clara e sintética, o objeto de uma conta, ou seja, a natureza dos fenômenos que ela reúne, adota-se uma expressão tecnicamente denominada título.

O título é, portanto, a palavra ou designação que dá nome a uma conta, evidenciando seu objeto, isto é, a razão para a qual foi aberta e a classe de valores que registra; é uma identificação imprescindível na técnica dos registros. Grande parte dos erros que vêm sendo cometidos na elaboração de plano de contas reside na intitulação indevida das contas.

3.1.5. *Função de uma Conta*

Explica para que serve e qual o papel que desempenha na escrituração. Pode, ainda, ser conceituada como sendo a explicação do objeto da conta ou a expressão descritiva da natureza dos fatos nela registráveis. LOPES DE SÁ (1998) recomenda que, na descrição das funções, é preciso que se objetive o problema com todas as suas minúcias, evitando que existam contas de funções dúbias ou em estado de colisão com outras. O profissional que elabora um plano de contas precisa ter absoluta consciência das necessidades da empresa e das normas técnicas, fazendo com que o elenco apresente apenas contas de função bem definidas.

3.1.6. *Funcionamento de uma Conta*

Para explicar o funcionamento da conta, deve-se falar do método de escrituração dos fatos administrativos, chamado de partidas dobradas, que assim determina: não há devedor sem que haja credor, pelo que a cada débito corresponde um crédito de igual valor.

Quando a contabilidade registra os eventos econômicos das empresas, preocupa-se em evidenciar onde foram aplicados (investidos) os recursos e quais as fontes (origens) desses recursos (dinheiro ou crédito). Assim, em toda operação que for realizada, haverá sempre esse duplo aspecto a considerar.

O método das partidas dobradas consiste em registrar cada transação econômica realizada pela entidade, em seus dois aspectos: o de sua aplicação e o de sua origem. A razão pela qual esse método é assim denominado está no fato de o mesmo

valor ser registrado duas vezes, uma a débito (referindo-se à aplicação) e outra a crédito (referindo-se à origem), para que, com isso, evidencie-se onde foram aplicados os recursos e qual a sua origem. Todo valor debitado é sempre igual ao valor creditado, porque, em cada operação, há sempre uma rigorosa igualdade entre aplicação e origem dos recursos.

Como assinala LOPES DE SÁ (1998), as contas mantêm ligações entre si e seu sistema de relações denomina-se funcionamento da conta. Este estabelece a relação de uma conta com as demais e evidencia seu comportamento diante do objeto que retrata. O funcionamento da conta demonstra como esta se debita e se credita, qual a natureza de seu saldo e com que outras contas estabelece contato.

Exemplo de título, função e funcionamento de conta no plano de contas Padrão da ANS:

Título: Operadoras de Saúde de Assistência Médico- Hospitalar.

Função: Registrar as transações operacionais de assistência médico-hospitalar realizadas entre as operadoras de Saúde.

Funcionamento: Debitada: pelo pagamento e/ou registro de valores a receber.

Creditada: pelo recebimento, pelo cancelamento, ou pela constituição de provisão para devedores duvidosos.

3.1.7. Plano de Contas

Para ALMEIDA (2000), o plano de contas representa uma relação de contas codificadas, com a descrição da natureza do saldo e quando deve ser creditada e debitada. O objetivo principal do plano de contas é possibilitar o registro ordenado e consistente das transações da sociedade.

O plano de contas é uma peça na técnica contábil que estabelece previamente a conduta a ser adotada na escrituração, através da exposição das contas em seus títulos, funções, funcionamentos, grupamento, análises e derivações (LOPES DE SÁ, 1998). As principais características de um plano de contas bem estruturado são:

- Seja adaptável às necessidades da empresa;
- Tenha unidade técnica de nomenclatura e de funcionamento;
- Seja claro, acessível;
- Seja flexível, permitindo ampliações e reduções sem quebra de unidade;
- Tenha precisão e exatidão dentro dos princípios e preceitos da Contabilidade;
- Siga a Princípios Gerais Doutrinários que lhe dão uniformidade;
- Enseje informações que possam refletir a imagem fiel da riqueza da Empresa.

3.2. Plano de Contas Padrão da ANS

Como já foi visto, o Plano de Contas Padrão da ANS foi instituído pela RDC nº 38/2000¹, tendo essa norma já recebido duas alterações, trazidas pelas RNs nº 3, de 18 de abril de 2002, e nº 27, de 1 de abril de 2003. É importante mencionar, nesse sentido, que a estruturação de um plano de contas guarda estreita relação com os aspectos operacionais da Contabilidade de uma empresa ou entidade. A Contabilidade recebe forte influência da legislação, em particular a tributária, pelo que as modificações nas normas legais implicam necessariamente alterações no plano de contas. Sendo assim, as normas que definem sua padronização não podem ser estanques e devem ser objeto de constantes revisões.

Atualmente o Plano de Contas Padrão da ANS (PCP) está dividido em 5 capítulos: Capítulo I – Normas Contábeis; Capítulo II – Elenco das Contas; Capítulo III – Função e Funcionamento das Contas – Ativo e Passivo; Capítulo IV – Função e Funcionamento das Contas – Receitas e Despesas; e Capítulo V – Modelos de Publicação.

3.2.1. Normas Contábeis

Este é o Capítulo I do PCP, o qual estabelece normas, critérios e procedimentos que possibilitam a manutenção de padrões uniformes no registro das operações e na elaboração das demonstrações contábeis das operadoras. Aqui são detalhadas as normas aplicáveis como: sistema de codificação; conceito de conta de

produto; sistemática de escrituração; demonstrações contábeis; registros auxiliares; critérios de avaliação e apropriação contábil; auditoria; quadro de referência cruzada; e digrafograma que expõe a contabilização das operações típicas.

3.2.1.1. Sistema de Codificação

Os sistemas informatizados de registros contábeis permitem uma série de facilidades, mas, para isso, constitui pré-requisito cadastrar o elenco de contas no sistema de computação por códigos de contas. Estes devem ser precisos, pois, como vão comandar os registros e sua localização na escrituração contábil, precisam estar elaborados de forma correta (LOPES DE SÁ, 1998).

O plano geral de codificação do PCP prevê o emprego de 3 códigos distintos, totalizando 13 dígitos:

Figura 1
Sistema de Codificação das Contas



O **primeiro código**, constituído dos 5 primeiros dígitos, indica:

- 1º dígito: a Classe da conta (Exemplo: Classe 1 - Ativo);
- 2º dígito: o Grupo (Exemplo: Grupo 12 - Ativo circulante);
- 3º dígito: o Subgrupo (Exemplo: Grupo 123 - Créditos de Operações com Planos);
- 4º dígito: a conta (Exemplo: Grupo 1231 - Contraprestação Pecuniária a Receber);
- 5º dígito: a subconta (Exemplo: 12311- Faturas a Receber).

O **segundo código**, constituído por 4 dígitos, do 6º ao 9º, indica, no caso de uma conta de produto², as informações sobre a modalidade de pagamento em função do

período de cobertura da assistência, isto é, pré ou pós-pagamento. Na hipótese de conta não-produto, fornece informações sobre valoração de títulos e valores mobiliários.

O **terceiro código**, constituído por 4 dígitos, do 10º ao 13º, indica:

- 10º dígito: o período de implantação dos planos de saúde, se antes ou após a vigência da Lei nº 9.656/98;
- 11º dígito: a natureza jurídica da contratação do plano, se individual ou coletiva;
- 12º e 13º dígitos: as formas de cobertura oferecidas, se ambulatorial, hospitalar com obstetrícia etc.

O sistema de codificação deve permitir desdobramentos no grau da conta em função das necessidades de informação da operadora. As discussões, no âmbito da Câmara Técnica, apontaram para a necessidade desses desdobramentos, principalmente no caso das Filantropias, dado que estas devem apresentar, em suas demonstrações contábeis, as atividades de operação de planos de saúde segregadas das demais atividades, como no seguinte exemplo de desdobramento de contas:

1211	Caixa
1211091	Caixa da Operadora
1211092	Caixa da Mantenedora

Vale dizer que foi estabelecido pela ANS um período de adaptação das operadoras à norma do PCP. No primeiro ano após sua implantação, a escrituração deveria ser feita até o primeiro código, sendo os demais, incluindo todas as subcontas e desdobramentos previstos, a partir do segundo ano de implantação.

3.2.1.2. Sistemática de Escrituração

Como já se disse, a escrituração das operações deve obedecer às normas estabelecidas pelo CFC.

As receitas e despesas devem ser registradas no período em que elas ocorrem, e não na data do efetivo ingresso ou desembolso, em respeito ao chamado regime de competência. Dessa forma, para o mercado de operadoras de planos de assistência à

saúde, o fato gerador da receita é a emissão da fatura ou do carnê de mensalidades, ao passo que o da despesa é o conhecimento do encargo.

Contabilmente existem dois regimes de apuração de resultados: o de caixa e o de competência. Conceituando os dois regimes de forma simplificada, pode-se dizer que, no regime de caixa, a receita só é reconhecida quando ocorre entrada de dinheiro, e a despesa, quando há saída de dinheiro do caixa. Já pelo regime de competência, se o produto ou serviço for vendido e entregue, o valor da venda deve ser contabilizado como receita, quer seja o recebimento à vista, quer a prazo. De igual modo, se houver consumo de bens ou serviços, o valor deles será considerado uma despesa, seja o pagamento efetuado à vista ou a prazo.

Um dos Princípios Fundamentais de Contabilidade estabelecidos pelo CFC³ é o da competência, pelo qual “as receitas e as despesas devem ser incluídas na apuração do resultado do período em que ocorrerem, sempre simultaneamente quando se correlacionarem, independentemente de recebimento ou pagamento”.

OLIVEIRA (1999) assinala que o regime de caixa, hoje com pouca utilidade prática, é falho, pois não considera parcelas substanciais do patrimônio. De um lado, não registra sistematicamente os valores a receber provenientes de receitas, pois não considera como tais as que não forem pagas à vista e, de outro, também não registra sistematicamente os valores a pagar originários de despesas, pois não considera como despesas aquelas que não forem pagas à vista. Isso leva a interpretações errôneas sobre a situação econômico-financeira da empresa. Apesar de as Resoluções do CFC estabelecer o regime de competência como princípio fundamental da Contabilidade, muitas operadoras ainda apuravam o resultado pelo regime de caixa, mas, a partir da implantação do PCP, ficou vedada a utilização de tal procedimento.

3.2.1.3. Demonstrações Contábeis

Um fator importante e que deve aprimorar a qualidade das informações contábeis produzidas pelas operadoras é que estas são obrigadas, desde 2002, a publicar suas demonstrações contábeis em jornal de grande circulação, com objetivo de dar

publicidade e transparência ao mercado. Além disso, essas demonstrações contábeis deverão ser auditadas por auditor independente registrado na CVM.

De acordo com as Normas Básicas de Contabilidade das operadoras de planos de saúde (subitem 5.2 do Capítulo I da RDC nº 38/2000), as publicações deverão ser feitas na forma disposta no art. 289, *caput* e § 2º, da Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976 (Lei das S.A.).⁴ Essa regra, todavia, não se aplica às operadoras de pequeno porte (com até 20.000 beneficiários), cuja obrigação é a de enviar os balanços auditados à ANS, que lhes dará publicidade em seu *site* na Internet. Tanto a obrigação da publicação das demonstrações contábeis quanto a Auditoria atendem disposição legal contida no art. 22 da Lei nº 9.656/98.⁵

As Demonstrações Contábeis, contendo Relatório da Administração, Notas Explicativas, Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado, das Origens e Aplicações de Recursos e das Mutações do Patrimônio Líquido, e o correspondente Parecer dos Auditores Independentes devem ser publicados até 5 dias antes da realização da Assembléia Geral Ordinária, quando se tratar de operadora regida por estatuto social, exceto cooperativa. Nas operadoras regidas por contrato social, o prazo é até o último dia útil do mês de abril do ano posterior ao do encerramento do exercício social, em conformidade com os modelos padronizados por este Plano de Contas. O Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado devem ser publicados de forma comparativa com as demonstrações relativas ao exercício anterior.

3.2.1.4. Registros Auxiliares

Nas Normas Básicas do PCP (Capítulo I), tem-se uma inovação no que diz respeito aos registros auxiliares, já que o CFC dispõe somente sobre os livros obrigatórios⁶, que são o Diário e o Razão. A partir da necessidade de se criar registros próprios, de modo a tornar mais eficaz a fiscalização e o acompanhamento das operadoras, foram definidos os registros auxiliares, devendo as operadoras de saúde ter, em seus sistemas operacionais, os seguintes registros auxiliares obrigatórios:

- 1 - Registros de Contratos e Contraprestações Emitidos;
- 2 - Registros de Contraprestações Recebidas, Restituídas e Canceladas;

- 3 - Registros de Eventos Conhecidos⁷;
- 4 - Registros de Eventos Pagos;
- 5 - Registros de Comissões Emitidas, Pagas e Canceladas;
- 6 - Registros de Eventos Ressarcidos ou Recuperados⁸.

Esses registros são de natureza contábil. Por exemplo, a diferença do total do Registro de Eventos Conhecidos menos o total do Registro de Eventos Pagos é igual ao total da conta Eventos a Pagar.

Para as operadoras, os registros auxiliares podem se tornar uma importante ferramenta gerencial, se submetidos à aplicação de tecnologias de informação, como o *Data Mining*⁹, por exemplo, viabilizando a extração de informações úteis para a tomada de decisão dos administradores da operadora. Essas informações são geradas a partir de uma grande quantidade de dados presente em certos registros auxiliares, como o de Evento, em que os dados são incluídos contrato a contrato.

3.2.1.5. Critérios de Apropriação Contábil

São critérios estabelecidos para registro e avaliação de títulos de renda fixa, renda variável e imóveis. Esses títulos e imóveis são, em sua maioria, ativos garantidores das provisões técnicas (garantias financeiras) exigidas de todas as operadoras, com exceção das autogestões patrocinadas.

As provisões técnicas são constituídas obrigatoriamente pela operadora visando garantir suas operações. São uma obrigação potencial da operadora com os consumidores, sendo, por isso, contabilizadas no Passivo da operadora. As provisões são lastreadas através da aplicação de recursos (ativos garantidores) em valor igual ou maior ao valor calculado das provisões. A RN n° 67, de 4 de fevereiro de 2004, estabeleceu regras para a aplicação dos ativos garantidores das provisões técnicas, de modo que lhes sejam conferidas segurança, rentabilidade e liquidez (SALLES & SANTOS, 2004). O dimensionamento correto das provisões técnicas é de fundamental importância para a solvência da operadora.

3.2.1.6. Quadro de Referência Cruzada

Quadro 1
Quadro de Referência Cruzada

CONTA	DESCRIÇÃO	ADM	AGNP	CM	CO	MG	FIL	OG
1	ATIVO							
121	Disponível	X	X	X	X	X	X	X
122	Aplicações	X	X	X	X	X	X	X
1231	Contraprestação Pecuniária a Receber de Assistência Médico-Hospitalar		X	X		X	X	
1232	Contraprestação Pecuniária a Receber de Assistência Odontológica		X	X	X	X	X	X
1233	Taxa de Administração de Planos a Receber	X	X	X	X	X	X	X
1235	Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizados - Assistência Médico-Hospitalar		X	X		X	X	
1236	Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizados - Assistência Odontológica		X	X	X	X	X	X

Fonte: RDC nº 38/2000

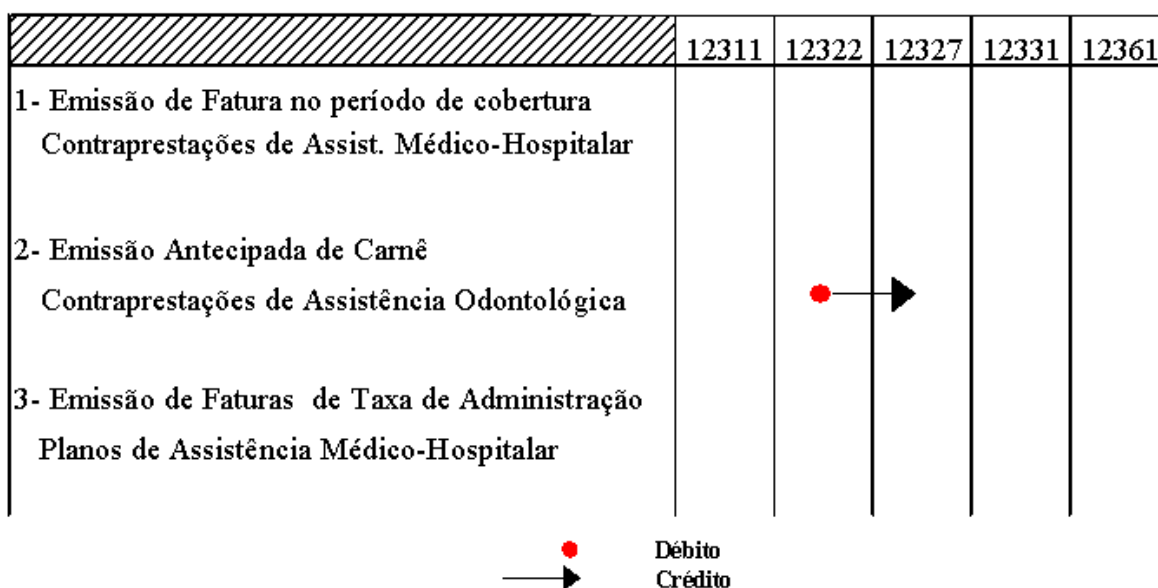
Nota: ADM – Administradora; AGNP - Autogestão Não Patrocinada; CM - Cooperativa Médica; CO - Cooperativa Odontológica; MG- Medicina de Grupo FIL - Filantropia; OG- Odontologia de Grupo.

A Quadro 1, que apresenta, nas linhas, as contas (Código e Título) e, nas colunas, as modalidades de operadoras, informa quais contas devem ser utilizadas por determinada modalidade. Seu objetivo é facilitar a implantação do PCP e apresentar as contas que cada modalidade de operadora vai utilizar. Por exemplo, observa-se, na tabela, que as Administradoras não utilizam as contas 1235 - *Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizados - Assistência Médico-Hospitalar* e 1236 - *Participação dos Beneficiários em Eventos Indenizados - Assistência Odontológica*.

3.2.1.7. Digrafo de Operações

Trata-se de diagrama constante do PCP que indica como devem ser creditadas e debitadas as principais operações financeiras da operadora. No exemplo a seguir, o valor referente a “emissão antecipada de carnê” deve ser debitado na conta 12322 - *Mensalidades a Receber - Assistência Odontológica* e creditado na conta 12327 - *Faturamento Antecipado - Assistência Odontológica*.

Quadro 2
Digrafo de Operações



3.2.2. **Elenco das Contas sua Função e Funcionamento**

No que se refere às inovações no Elenco de Contas contido nos Capítulos II, III e IV do PCP, a principal foi o desdobramento da conta eventos em subcontas, como *consultas e honorários médicos, exames e terapias e demais despesas assistenciais*. A estrutura de custos, representada contabilmente no Plano pelo *Grupo – Eventos*, foi objeto de discussões prévias, na Câmara Técnica, envolvendo a FGV, a DIOPE e a DIPRO, bem como os representantes dos agentes de mercado. A partir dos saldos das subcontas resultantes dos desdobramentos da conta de despesas (eventos), a operadora dispõe de elementos para obter sua segmentação, sendo esta um dos fatores importantes para cálculo das garantias financeiras.

Quadro 3
Desdobramento da Conta Eventos

DIVISÃO	CÓDIGOS	TÍTULOS
CLASSE	14	CONTAS DE RESULTADO
GRUPO	141	EVENTOS INDENIZÁVEIS LÍQUIDOS
SUBGRUPO	1411	EVENTOS INDENIZÁVEIS
CONTA	14111	EVENTOS CONHECIDOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR
SUBCONTA	141111	Consultas e Honorários Médicos – Pessoal próprio/Assalariado
DESDOBRAMENTO	411111	Pré-Pagamento
DESDOBRAMENTO	411112	Demais Modalidades de Pagamentos
SUBCONTA	141112	Consultas e Honorários Médicos – Cooperados
DESDOBRAMENTO	411121	Pré-Pagamento
DESDOBRAMENTO	411122	Demais Modalidades de Pagamentos
SUBCONTA	141113	Consultas e Honorários Médicos – Convênidos
DESDOBRAMENTO	411131	Pré-Pagamento
DESDOBRAMENTO	411132	Demais Modalidades de Pagamentos
SUBCONTA	141114	Exames e Terapias – Rede Própria
DESDOBRAMENTO	411141	Pré-Pagamento
DESDOBRAMENTO	411142	Demais Modalidades de Pagamentos
SUBCONTA	141115	Exames e Terapias – Rede Convênida
DESDOBRAMENTO	411151	Pré-Pagamento
DESDOBRAMENTO	411152	Demais Modalidades de Pagamentos
SUBCONTA	141116	Demais Despesas Assistenciais - Rede Própria
DESDOBRAMENTO	411161	Pré-Pagamento
DESDOBRAMENTO	411162	Demais Modalidades de Pagamentos
SUBCONTA	141117	Demais Despesas Assistenciais - Rede Convênida
DESDOBRAMENTO	411171	Pré-Pagamento
DESDOBRAMENTO	411172	Demais Modalidades de Pagamentos
SUBCONTA	141118	Sistema Único de Saúde (S.U.S.)
SUBCONTA	141119	Operações com o Exterior

3.2.3 Modelos de publicação

Os modelos previstos no Capítulo V do PCP destinam-se a operadoras de pequeno, médio e grande porte, estando as de pequeno porte dispensadas de publicar as demonstrações contábeis acompanhadas do parecer de auditoria, caso em que deve a ANS dar-lhes publicidade.

CASTRO (2004) assinala que, no momento em que as operadoras publicam suas peças contábeis, tais informações passam a ser de especial relevância para os concorrentes e até para os consumidores. Pode-se, assim, dizer que a publicação das

demonstrações contábeis passou a ser de grande importância para todos aqueles que pretendem se relacionar com a operadora como prestador de serviços, financiador e outros.

No intuito de economizar custos de honorários de auditoria, ANS enviou ao IBRACON documento que mostrava as informações mínimas que são necessárias ao órgão regulador, a fim de ser elaborado por aquele Instituto um modelo de revisão contábil com limitação de escopo, levando-se em consideração o porte da operadora: pequeno (inferior a 20.000 beneficiários), médio (entre 20.000 e 100.000 beneficiários) e grande (superior a 100.000 beneficiários).

3.3. Comunicação da Contabilidade com seus Usuários

Como se pode observar os atributos de clareza, acessibilidade, precisão e exatidão são relevantes para um plano de contas bem estruturado.

Para IUDÍCIBUS (1991), é importante utilizar, nas demonstrações, uma terminologia clara e relativamente simplificada.

NAKAGAWA & DIAS FILHO (2001) assinala que a análise de alguns trabalhos apresentados em congressos e resultados de pesquisas sugere que a Contabilidade não está conseguindo atingir um nível de comunicação satisfatório com os seus usuários. A linguagem utilizada na elaboração dos demonstrativos contábeis é apontada por muitos como uma das prováveis causas. O problema em discussão aparenta ser tão relevante que até a Estrutura Conceitual Básica da Contabilidade aprovada pelo IBRACON, em 1986, adverte que falhas de comunicação e evidenciação decorrentes de problemas de linguagem inadequada estão entre os fatores que podem explicar uma eventual queda no grau de utilização das demonstrações contábeis.

SILVA (1995) procurou verificar se a contabilidade está conseguindo comunicar aos usuários das informações contábeis os principais eventos econômico-financeiros ocorridos nas organizações. A pesquisa foi realizada com administradores,

pois, segundo o autor, constituem segmento privilegiado de usuários das informações contábeis, já que a maioria possui curso superior ligado à área administrativa. Logo, se fossem detectadas falhas de comunicação entre a Contabilidade e esse segmento de usuários, possivelmente também haveria falhas de comunicação com outros segmentos. Uma das conclusões mais importantes do trabalho foi que os usuários pesquisados não utilizam plenamente os demonstrativos contábeis para ajudá-los a tomar decisões, devido à falha de comunicação entre a Contabilidade e seus usuários.

A esse respeito FREY (1997), em seu trabalho, em particular no tópico sobre o entendimento das informações contábeis pelo pequeno empresário, assinala que os relatórios contábeis gerados a partir da Contabilidade são, de certa forma, codificados. Para que as informações contábeis possam realmente atingir seus propósitos, é imprescindível que venham acompanhadas de uma análise econômico-financeira elaborada pelo contabilista, facilitando, assim, a interpretação dos relatórios gerados pela Contabilidade. Conclui o autor que a análise econômico-financeira é um dos meios mais importantes para a Contabilidade atingir seu objetivo gerencial.

KASSAI (1997) registra que uma das principais dificuldades enfrentadas pelos pequenos empresários, na tarefa de administrar sua empresa, refere-se à compreensão dos aspectos financeiros e contábeis do negócio. Como consequência, os relatórios financeiros preparados pelo contador se transformam em mero cumprimento de uma obrigação legal, em vez de suprir o empreendedor de informações para o processo de tomada de decisão.

ARAÚJO (1997) discute o grau de compreensão do Parecer de Auditoria Independente por parte dos principais usuários externos das demonstrações contábeis publicadas no Brasil. Dentre os aspectos do Parecer, cuja compreensão ainda não atingiu o patamar desejado, destacou o conteúdo redacional.

A Resolução CFC nº 785/95, em seus itens 1.3.2 e 1.6, estabelece os atributos da Informação Contábil:

“1.3.2 – A informação contábil, em especial aquela contida nas demonstrações contábeis, notadamente as previstas em legislação, deve

propiciar revelação suficiente sobre a Entidade, de modo a facilitar a concretização dos propósitos do usuário, revestindo-se de atributos entre os quais são indispensáveis os seguintes:

- *confiabilidade;*
- *tempestividade;*
- *compreensibilidade; e*
- *comparabilidade.*

/.../

1.6 – da Compreensibilidade

1.6.1 – A informação contábil deve ser exposta na forma mais compreensível ao usuário a que se destine.

1.6.2 – A compreensibilidade concerne à clareza e objetividade com que a informação contábil é divulgada, abrangendo desde elementos de natureza formal, como a organização espacial e recursos gráficos empregados, até a redação e técnica de exposição utilizadas.”

NAKAGAWA & DIAS FILHO (2001), na conclusão do seu trabalho sobre análise do processo de comunicação contábil, enfatizam a necessidade de se realizarem pesquisas periódicas, no sentido de se levantar as características médias de estratos de usuários, a fim de identificar eventuais dificuldades e elementos significativos que devem ser considerados no uso da terminologia contábil.

NOTAS:

1 Para conferir um tratamento mais didático a este estudo, faz-se referência à RDC nº 38/2000, considerando suas alterações posteriores.

² Conta de produto é aquela onde se agregam informações sobre período de implantação do plano de saúde, natureza jurídica de sua contratação e formas de cobertura oferecidas. A conta de produto está identificada no 3º código, mas informações complementares sobre a forma de pagamento do plano de saúde ficam registradas no 2º código.

³ cf. Resoluções CFC n° 750/93 e 774/94

⁴ “Art. 289. As publicações ordenadas pela presente Lei serão feitas no órgão oficial da União ou do Estado ou do Distrito Federal, conforme o lugar em que esteja situada a sede da companhia, e em outro jornal de grande circulação editado na localidade em que está situada a sede da companhia.

/.../

§ 2º Se no lugar em que estiver situada a sede da companhia não for editado jornal, a publicação se fará em órgão de grande circulação local.”

⁵ “Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976.”

⁶ O diário é um livro exigido pela legislação fiscal, onde são registradas as transações da sociedade em ordem cronológica. Quanto ao Razão, também obrigatório, é um livro que registra o movimento de todas as contas. A Resolução n° 563, de 28/10/83, editou a Norma Brasileira de Contabilidade NBCT 2.1 que, em seu inciso 2.1.5 estabelece: “ O Diário e o Razão constituem os registros permanentes da entidade.”

⁷ São quaisquer atendimentos: consultas, exames, terapias, internações hospitalares etc., utilizados por um beneficiário do plano de saúde. Pelo regime de competência, a prestação desses serviços deve ser reconhecida quando a operadora tem ciência do evento e não pelo pagamento, o que, geralmente, ocorre em um período posterior ao da ciência.

⁸ São Eventos Conhecidos ou Eventos Pagos que deverão ser recuperados ou ressarcidos pela operadora, em decorrência de glosas de despesas de assistência à saúde consideradas por ela indevidas. As recuperações são entendidos como os atos realizados antes da efetivação do pagamento e os ressarcimentos entendidos como os atos realizados após a efetivação do pagamento.

⁹ *Data Mining* ou Mineração de Dados consiste em um processo de análise de dados projetado para explorar grandes quantidades de informações, obtidas de operações diárias de uma empresa ou de pesquisas científicas, na busca de padrões consistentes ou relacionamentos sistemáticos entre variáveis, a fim de transformar essa gama de dados em conhecimentos que possam ser utilizados em suas próprias atividades. Trata-se de uma ferramenta de gerenciamento de informação, que revela estruturas de conhecimento e que pode guiar decisões em condições de certeza limitada.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA DE PESQUISA

Para obtenção dos dados estudados neste trabalho foi conduzida uma pesquisa em duas etapas: a primeira incluiu o estudo de casos, com dados primários obtidos de um questionário, e a segunda, com dados obtidos a partir de informações contábeis das operadoras disponibilizadas no *site* da ANS.

4.1. Primeira Etapa- Estudo de caso

Neste tópico, são destacadas as principais fases da metodologia utilizada para a preparação da pesquisa, que inclui a definição do objeto de estudo; sua delimitação e objetivos; elaboração do questionário; pré-teste e envio do questionário; tabulação dos resultados; análise e discussão dos resultados; e conclusão.

Não foi possível encontrar, na literatura brasileira, estudos com foco no tema proposto, dado que a implantação da Contabilidade Padrão para operadoras de planos de assistência à saúde é recente, datando de 2001. Esse fato apontou para a necessidade de um estudo de caráter exploratório, dadas as peculiaridades das operadoras, aplicando-se então o método de estudo de casos.

Em relação a limitações da pesquisa, é importante observar que, se, por um lado, o método de estudo de casos possibilita oportunidades de dar maior riqueza e variedade de informações, por outro, inviabiliza generalizações, pois os resultados estão restritos aos casos estudados.

4.1.1. Coleta de Dados Primários

Utilizou-se um questionário como instrumento de coleta de dados, tendo como referência para sua elaboração os trabalhos de LAKATOS & MARCONI (2003) e CHAGAS (2003).

Segundo CHAGAS (2003), questionário é tão-somente um conjunto de questões feitas para gerar os dados necessários a se atingir os objetivos do projeto. Afirma, ainda, que construir um questionário não é uma tarefa fácil e que aplicar tempo e esforço adequados para a construção do questionário é uma necessidade, um fator de diferenciação favorável. Não existe uma metodologia padrão para o projeto de questionários, porém existem recomendações de diversos autores com relação a essa importante tarefa no processo de pesquisa científica.

De acordo com LAKATOS & MARCONI (2003), as justificativas para a utilização do questionário são:

- inexistência de estudos disponíveis que abordem o assunto;
- possibilidade de atingir grande número de operadoras;
- a utilização do questionário demanda menor quantidade de tempo, recursos materiais (economia em viagens, por exemplo) e financeiros;
- obtenção de grande número de dados;
- alcance do maior número de pessoas simultaneamente;
- maior disponibilidade de tempo para responder e em horário mais favorável;
- maior uniformidade na avaliação, em virtude da natureza impessoal do instrumento.

O autor aponta, ainda, as seguintes limitações quanto à utilização do questionário:

- a dificuldade de compreensão pode levar por parte do informante a uma uniformidade aparente nas respostas;
- a leitura de todas as perguntas, antes de respondê-las, pode levar à situação de uma questão influenciar a outra;
- o desconhecimento das circunstâncias em que foi preenchido o questionário torna difícil um controle e verificação;
- nem sempre é o escolhido quem responde ao questionário, invalidando, portanto, generalizações.

4.1.2. *Elaboração de um Questionário*

Construir um bom questionário depende não só do conhecimento de técnicas, mas principalmente da experiência do pesquisador. Contudo, seguir um método de elaboração, sem dúvida, é essencial.

Não existe metodologia padrão para o projeto de questionários, mas há recomendações de diversos autores com relação a essa importante tarefa no processo de pesquisa científica. CHAGAS (2003) verifica que, entre as principais causas de erros em um processo de pesquisa, estão questionários mal elaborados, com questões tendenciosas, dúbias ou seqüencialmente mal posicionadas.

LAKATOS & MARCONI (2003) informam que o questionário deve ser limitado em extensão e em finalidade. Se for muito longo, causa fadiga e desinteresse; se curto demais, corre o risco de não oferecer suficientes informações. Deve conter entre 20 e 30 perguntas e demorar cerca de 30 minutos para ser respondido. É claro que este número não é fixo: varia de acordo com o tipo de pesquisa e dos informantes.

O aspecto material e a estética também devem ser observados: tamanho, facilidade de manipulação, espaço suficiente para as respostas, disposição dos itens, de modo a facilitar a computação dos dados.

4.1.3. *O Pré-Teste do Questionário*

Uma vez definido o questionário, serão realizados pré-testes para avaliar se não surgirão dúvidas durante seu preenchimento. Depois de redigido, o questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, aplicando-se alguns exemplares em uma pequena população escolhida. O pré-teste é um procedimento importante, já que o questionário vai ser preenchido sem a presença de um entrevistador.

De acordo com LAKATOS & MARCONI (2003), o pré-teste serve também para verificar se o questionário apresenta três importantes elementos:

- fidedignidade: qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados;

- validade: os dados recolhidos são necessários à pesquisa;
- operatividade: vocabulário acessível e significado claro;

O pré teste permite também a obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados a serem obtidos a partir da aplicação do questionário.

Na pesquisa em questão, a etapa do pré-teste envolveu seis contadores, entre a aplicação de um e outro, faziam-se ajustes no questionário. As principais revisões feitas foram a redução do número de questões e alterações de redação, visando sua maior clareza. No pré-teste, o tempo médio para responder ao questionário foi de 35 minutos.

4.1.4. Tipo e Ordem das Perguntas

A opção por perguntas de múltipla escolha deve-se a posterior facilidade de tabulação dos dados. A combinação de respostas de múltipla escolha com respostas abertas possibilitam ampliar o leque de informações sobre o assunto, sem prejudicar a tabulação dos dados.

O questionário consiste em 23 perguntas de múltipla escolha, distribuídas em 7 blocos, e 2 questões abertas no final. Procurou-se seguir a orientação geral de se iniciar o questionário com perguntas gerais, chegando, pouco a pouco, às específicas (CHAGAS, 2003). Também foi recomendado que o questionário fosse preenchido pelo responsável pela área contábil.

No primeiro bloco (questões 1 a 5), foram formuladas perguntas referentes ao perfil da operadora, ao passo que o segundo (questões 6 a 12) diz respeito às normas contábeis do plano de contas.

Pelo terceiro bloco, que engloba as questões 13 a 17, pretendeu-se captar o entendimento do Título, Função e Funcionamento de algumas contas selecionadas, em virtude de sua relevância para a operação de plano de saúde.

Para a operadora avaliar as questões do segundo e terceiro blocos, apresentamos uma escala que vai de 0 (zero) (Péssimo) até 5 (Excelente).

O quarto bloco, questão 18, procurou retratar problemas de adaptação na área de sistemas de informática da operadora à norma contábil, já que esperava-se modificações importantes nesse setor em função das informações solicitadas pela ANS, principalmente as relativas aos registros auxiliares.

O quinto bloco, relativo a questão 19, buscou-se aferir problemas no relacionamento da operadora com os prestadores de serviço, no intuito de confirmar a hipótese de que muitas operadoras estariam prevendo dificuldades na obtenção de informações com a rede provedora.

Quanto ao sexto bloco, que corresponde às questões 20 e 21, o objetivo foi o de avaliar o impacto na atuação e qualificação profissional do contador em função da implantação da norma. Já o sétimo, questão 22, diz respeito ao investimento feito por parte das operadoras para sua implantação. Finalmente o oitavo bloco (questão 23) apresenta duas questões abertas.

4.1.5. Envio e Retorno do Questionário

Foram feitos contatos prévios com os representantes da ABRAMGE, UNIODONTO e Entidades Filantrópicas, por telefone ou *e-mail*, com a finalidade de explicar os objetivos da pesquisa e o retorno potencial para as operadoras do resultado do trabalho, já que o PCP vêm sendo revisto em bases anuais. Posteriormente os questionários foram enviados, janeiro de 2004, por meio eletrônico.

Junto com o questionário foi enviada uma carta explicando a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de se obter respostas, na tentativa de despertar o interesse de quem iria respondê-lo, como também no intuito de que ele preenchesse e devolvesse o questionário dentro de um prazo razoável (20 dias).

4.1.6. Avaliação dos Resultados

Todos os questionários recebidos foram considerados válidos, tendo as respostas sido tabuladas para tratamento estatístico com os softwares EXCEL e ACCESS 2000, para uso posterior na montagem dos gráficos e tabelas de frequência.

4.2. Avaliação das Informações Contábeis das Operadoras Divulgadas pela ANS

A compreensão da norma pode também ser aferida, usando-se como indicador algumas inconsistências observadas nos balanços das operadoras referentes ao exercício de 2001/2002, que são divulgados pela ANS, tendo sido capturados, para este estudo, de seu *site* em fevereiro de 2004.

As informações extraídas desses balanços permitiram observar algumas inconsistências retratadas na pesquisa. Vale dizer que a ANS já divulga, em seu *site* na Internet, tabela contendo algumas inconsistências verificadas para operadoras de pequeno e grande porte, como Ativo diferente do Passivo, Conta de Contraprestação, que é uma conta de receita, com sinal trocado (negativo ao invés de positivo) e Conta de Evento (conta de despesa) com sinal trocado (positivo ao invés de negativo).

Incluíram-se, nesta pesquisa, algumas outras inconsistências também relevantes para se aferir a adaptação e compreensão da Função e do Funcionamento de algumas contas como nos casos descritos abaixo.

Primeiramente, foram selecionadas as operadoras que apresentavam saldo zero na conta Despesas de Comercialização e saldo maior que zero na conta Contraprestação Efetiva(receita), o que é um indicativo de que houve comercialização, com despesa correspondente não registrada/contabilizada na conta correspondente (Despesa de Comercialização). Verificou-se o percentual de operadoras (pequeno e grande porte), por modalidade, que apresentavam essa inconsistência em seu balanço, ou seja, para cada modalidade de operadora, segundo o porte, realizou-se pesquisa para avaliar o percentual de inconsistência, com vistas a verificar se, em determinada modalidade, a implantação foi mais efetiva. Adicionalmente para as consideradas de pequeno porte, fez-se uma estratificação por porte, arbitrada da seguinte forma:

- operadoras com até 1.000 beneficiários;
- operadoras com 1.000 a 5.000 beneficiários;
- operadoras com 5.000 a 10.000 beneficiários;
- operadoras com 10.000 a 15.000 beneficiários;
- operadoras com 15.000 a 20.000 beneficiários.

O objetivo dessa estratificação foi verificar se, no universo das operadoras ditas de pequeno porte, ocorriam diferenças significativas em termos de compreensão e adaptação ao normativo.

A segunda inconsistência pesquisada, foi a verificação do percentual de operadoras, também de acordo com a modalidade e porte, que apresentavam o saldo da conta provisão técnica igual a zero e Patrimônio Líquido suficiente para constituir a provisão.

A provisão técnica é uma importante garantia financeira das operadoras, pois, em última instância, retrata a garantia de continuidade da assistência à saúde ao consumidor, sendo, portanto, importante parâmetro de solvência da operadora.

Foi, então, feita uma simulação com objetivo de verificar qual o número de operadoras que dispunham de patrimônio líquido suficiente para constituir a provisão técnica, mas não o fizeram, uma vez que isso pode ser indicativo de que as operadoras não constituíram a provisão por falta de compreensão da norma contábil. Assim como a Provisão Técnica, o capital mínimo também é uma importante garantia financeira, e a exigência de patrimônio para sua constituição também foi levada em conta. Para tanto, foi feita a seguinte simulação:

$$\text{Patrimônio} > \overset{(1)}{(0,50 * \text{Contraprestação} / 12) * 0,15} + \overset{(2)}{(3.100.000 * \text{fator}) * 0,15}$$

sendo: (1) fórmula do cálculo da Provisão de Risco de acordo com a RDC nº 77/2001. A fórmula estabelece o maior dos valores entre as seguintes hipóteses:

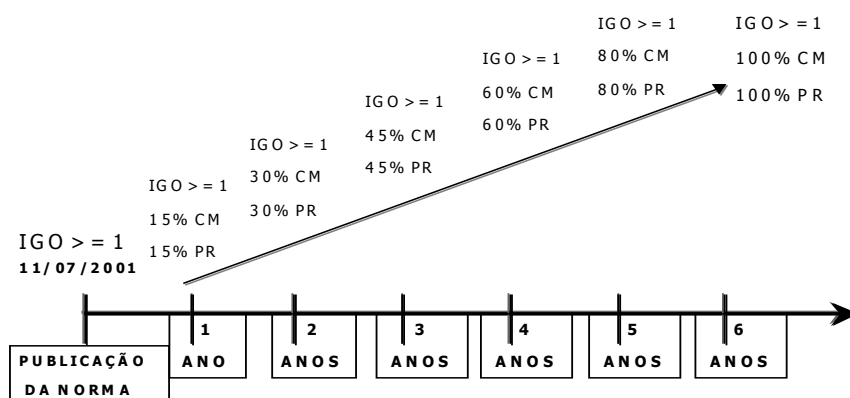
- 50% das contraprestações emitidas na modalidade de pré pagamento;

- média dos eventos indenizáveis líquidos conhecidos na modalidade de pré-pagamento nos últimos 12 meses.

Utilizaram-se como critério, nesta pesquisa, as contraprestações efetivas, sendo que o valor foi dividido por 12, pois a provisão é constituída e revertida mensalmente.

O fator 0,15 é função do diferimento da provisão em 6 anos, conforme se verifica na Figura 2:

Figura 2
Regras de Transição



sendo: IGO (índice de giro operacional), CM(capital mínimo) e PR (provisão de Risco).

O IGO é um importante indicador econômico-financeiro, utilizado pela ANS, cuja fórmula é apresentada abaixo:

$$\text{IGO} = W \times \left[\frac{\frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}}{\frac{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos} + \text{Despesas de Comercialização}}{\text{Contraprestações Líquidas}}} \right]$$

onde W é um fator ponderador de capital, calculado em função da região de atuação da operadora, conforme tabela constante da RDC nº 77/2001.

De acordo com o artigo 14 da RDC nº 77/2001, a ANS solicitará Plano de Recuperação às operadoras em que o valor do IGO for inferior a 1.

(2) capital mínimo: este é também uma importante garantia financeira. A RDC nº 77/2001 fixa o capital base exigido de uma operadora em R\$ 3.100.000,00, observadas as regras de transição da Figura 2. O capital base é ponderado por um fator obtido a partir do cruzamento da segmentação da operadora e da sua região de atuação.¹

No entanto, essa informação (segmentação e região de atuação) não está disponível nos balanços divulgados pela ANS. Dessa forma, foi necessário fazer uma simulação para se obter esse fator ponderador de capital, utilizando as seguintes premissas: em primeiro lugar, consideraram-se, por hipótese, as Filantropias como classificadas no segmento primário principal (SPP/SUS), as Cooperativas Odontológicas no segmento próprio (SP) e as Medicinas de Grupo no segmento terciário (ST) e; em segundo, a região de atuação da operadora, sendo que o *site* da ANS disponibiliza o Município sede. Neste caso, estipulou-se, para fins desta pesquisa, que as operadoras fossem classificadas na Região 5 (grupo de Municípios), excetuadas as situadas em um dos Municípios que integram a Região 4 (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre ou Curitiba).

O fator 0,15 é função do diferimento do capital mínimo em 6 anos.

A razão da simulação, que leva em consideração uma necessidade de patrimônio superior ao necessário para cobrir o valor da provisão somada ao do capital mínimo é desconsiderar o argumento de que a operadora não constituiu a provisão porque não dispunha de ativos garantidores para lastrear-la.

Na fase seguinte, os resultados foram dispostos em planilha Excel 2000, a partir das quais foram elaborados gráficos, que permitiram uma melhor apreciação dos resultados e tendências.

NOTAS:

¹ Por região de atuação deve-se entender as localidades onde as operadoras comercializam seus planos de saúde (RDC nº 77/2001).

CAPÍTULO 5

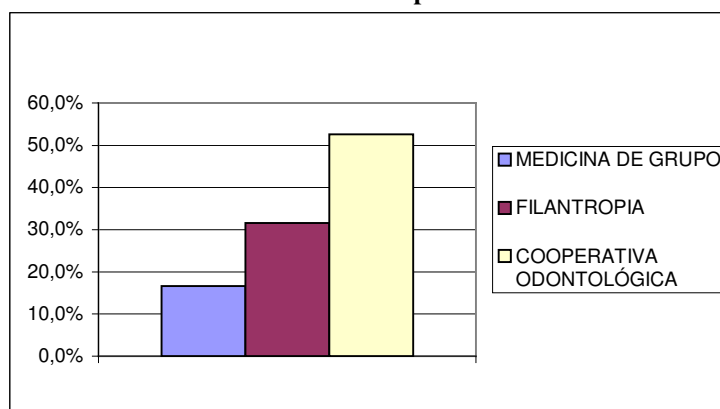
RESULTADOS OBTIDOS

5.1. Análise dos Resultados do Questionário

A informação obtida a partir dos 20 questionários retornados será apresentada a seguir.

Questão 1 - Qual a modalidade da operadora, conforme a RDC nº 39/2000?

Gráfico 1
Modalidade da operadora

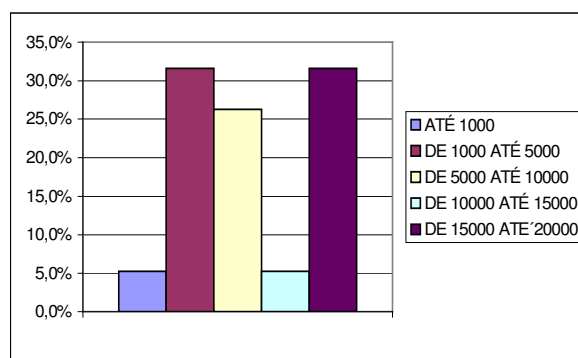


O objetivo da pergunta está em identificar a modalidade da operadora, diante da classificação estabelecida pela ANS na RDC nº 39/2000.

Das operadoras que responderam ao questionário, 52,6% pertencem à modalidade de Cooperativa Odontológica; 31,6 %, à Filantropia; e 16,7 %, à Medicina de Grupo. Essas 3 modalidades correspondem a 48% das operadoras com registro provisório na ANS e 40% dos beneficiários informados à ANS. As Seguradoras e Autogestões Patrocinadas não foram incluídas na pesquisa, pois as primeiras já utilizavam um plano de contas estabelecido pela SUSEP e as últimas, de acordo com o item 3.10 do Capítulo I das Normas Básicas da RDC nº 38/2000, não têm a obrigatoriedade de utilizar o PCP da ANS.

Questão 2 - Número de beneficiários que a Operadora possui.

Gráfico 2
Número de beneficiários da operadora



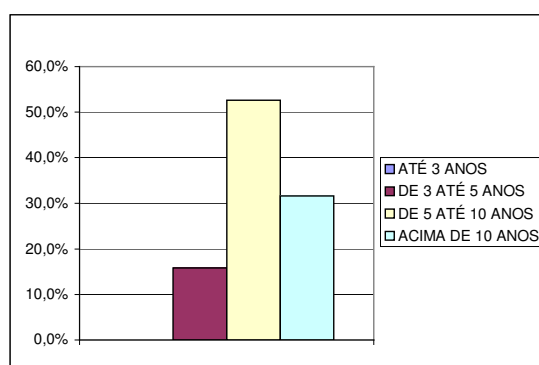
A pergunta formulada visa identificar a operadora segundo o porte, aí inseridas no conjunto de operadoras atualmente consideradas de pequeno porte pela ANS, isto é, aquelas que possuem até 20.000 beneficiários.

Em relação à distribuição por número de beneficiários, observa-se que as operadoras com até 1.000 correspondem a 5,3%; aquelas na faixa de 1.000 a 5.000 correspondem a 31,6 %. Quanto à faixa de 5.000 a 10.000, são 26,3 %; na faixa de 10.000 a 15.000, estão 5,3 %; e, na faixa de 15.000 a 20.000, estão 31,6 %.

As questões seguintes foram analisadas em função do porte da operadora, considerando o referencial de 10.000 de beneficiários.

Questão 3 - Qual o tempo de existência da Operadora?

Gráfico 3
Tempo de existência da operadora



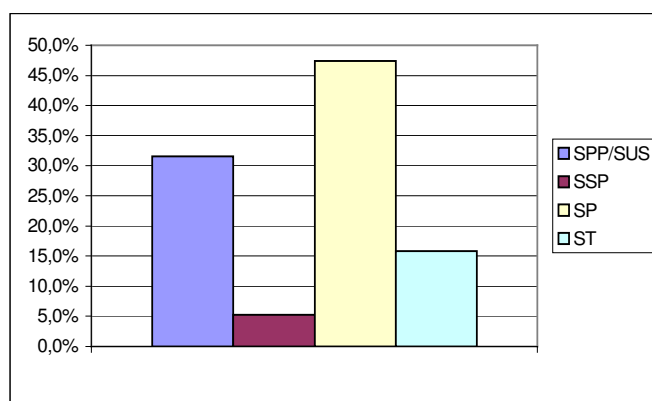
A pergunta formulada visa identificar a operadora em função do tempo de existência, principalmente se esta obteve registro provisório de funcionamento antes ou após a edição da norma do PCP e da regra de garantias financeiras.

Todas as operadoras têm mais de 3 anos de existência, sendo que 84% com mais de 5 anos, o que indica serem empresas estáveis.

A partir de 2000, com a publicação da norma que institui o PCP (RDC n° 38/2000), da que fixa critérios para o cargo de administrador (RN n° 11/2002) e da regra referente a Garantias Financeiras (RDC n° 77/2001), observou-se diminuição no número de operadoras solicitando registro provisório e, em paralelo, aumento no número de pedidos de cancelamento do registro (ANS/MS, 2004). Essas normas, em especial a de garantias financeiras, constituem importante barreira de acesso ao mercado de saúde suplementar, principalmente em função das exigências de capital, antes inexistentes. COSTA & CASTRO (2003) anotam que, em razão dos baixos custos de transação para a entrada e saída do mercado de saúde suplementar, o setor foi tomado por um grande número de empresas com baixos parâmetros de conduta corporativas.

Questão 4 - Qual a segmentação, conforme a RDC n° 39, de 2000?

Gráfico 4
Segmentação



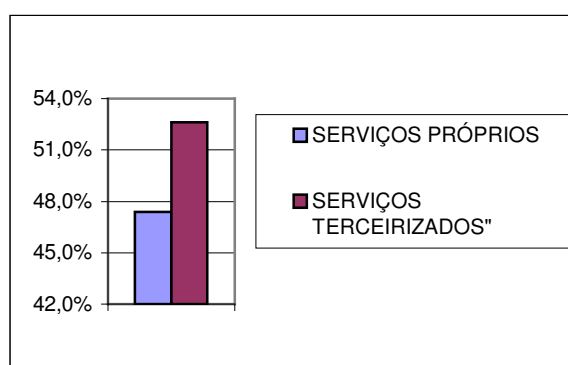
O objetivo da pergunta está em identificar a segmentação da operadora, diante da classificação estabelecida pela ANS na RDC n° 39/2000.

Das operadoras pesquisadas predominaram as do segmento principal (SP), com 47% do total de operadoras pesquisadas. Em seguida, com 31,6%, estão as operadoras do segmento primário principal (SPP). As do segmento secundário principal (SSP) são 5% e, finalmente, 15 % se enquadraram no segmento terciário (ST).

Esta questão tem uma forte vinculação com a questão 19, onde é perguntado o percentual de prestadores de serviço que estão informando o valor dos eventos, desdobrados de acordo com o estabelecido na RDC nº 38/2000.

Questão 5 - Sobre os serviços contábeis da Operadora. São próprios ou terceirizados?

Gráfico 5
Serviços contábeis



O objetivo da pergunta está em verificar o percentual de operadoras que terceirizaram seus serviços de contabilidade.

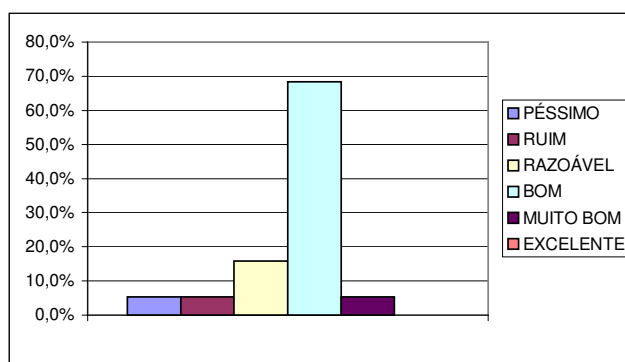
Observa-se predomínio dos serviços terceirizados (52,6%) em relação aos próprios (47,4%), destacando-se que, no caso das Cooperativas Odontológicas, 70% apresentam serviços terceirizados. Com relação à estratificação por porte e tipo de serviço contábil, verifica-se que 86% das operadoras com mais de 10.000 beneficiários têm serviços próprios de contabilidade, enquanto que das com menos de 10.000 beneficiários apenas 33 % têm serviços próprios.

Este resultado indica que cerca da metade das operadoras pesquisadas evita a manutenção do profissional contador assalariado, com o objetivo de redução de custos administrativos. De fato, por um lado, a terceirização tem a vantagem de reduzir custos,

mas, por outro, tem-se uma chance maior de não ter profissional especializado em contabilidade de operadoras de planos de assistência à saúde.

Questão 6 - A estrutura do plano geral de codificação é clara, precisa e permite os desdobramentos de contas necessários?

Gráfico 6
Plano de Codificação

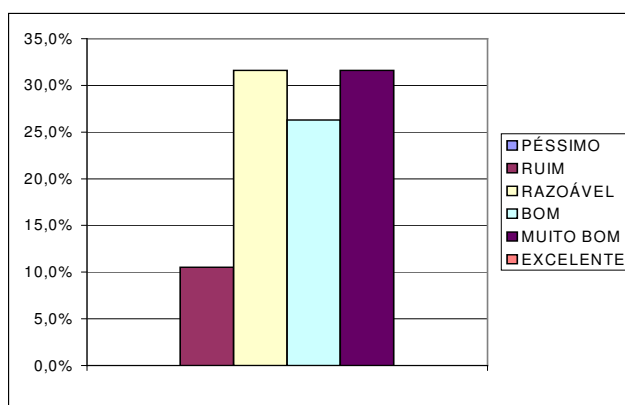


Dos questionários respondidos 26% classificaram a estrutura do plano geral de codificação como péssimo, ruim ou razoável e 74%, como boa e muito boa. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 14% informaram péssimo, ruim ou razoável, enquanto que o percentual naquelas com menos de 10.000 foi de 33%, o que indica que, para essas operadoras, ainda há alguma dificuldade para operacionalizar o Plano de Codificação.

Vale dizer que o desdobramento de contas em subcontas é muito relevante, principalmente para as Filantropias, uma vez que esta modalidade desenvolve outras atividades além das relacionadas à operação de plano. As demonstrações contábeis devem apresentar as contas desdobradas em subcontas relativas às atividades ligadas a operação plano e as atividades não ligadas. Destaque-se que as discussões da ANS com o mercado, nas Câmaras Técnicas, facilitaram a assimilação desse sistema alternativo de codificação.

Questão 7 - O conceito de conta de produto foi facilmente compreendido?

Gráfico 7
Conta produto

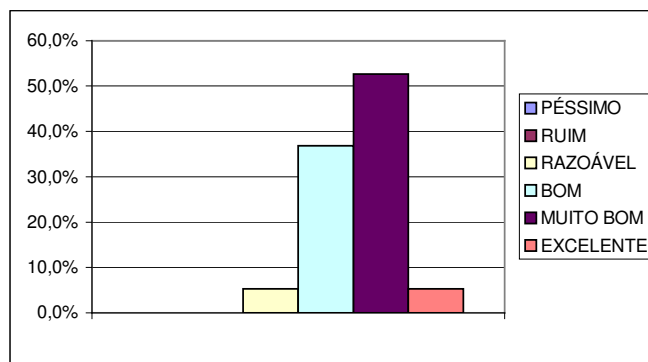


Dos questionários respondidos 42,1% classificaram o conceito de conta de produto como ruim ou razoável e 57,9 %, como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 42,9% classificaram como razoável ou ruim, enquanto que esse percentual, nas com menos de 10.000 beneficiários, foi de 41,7%.

Verifica-se, então, que um percentual expressivo dos pesquisados informou que o conceito de conta de produto não foi bem entendido, pelo que a conceituação estabelecida nas normas contábeis do PCP deve ser revista para se apresentar de forma mais clara.

Questão 8 - Os conceitos de fato gerador da receita e da despesa são claros?

Gráfico 8
Fato gerador

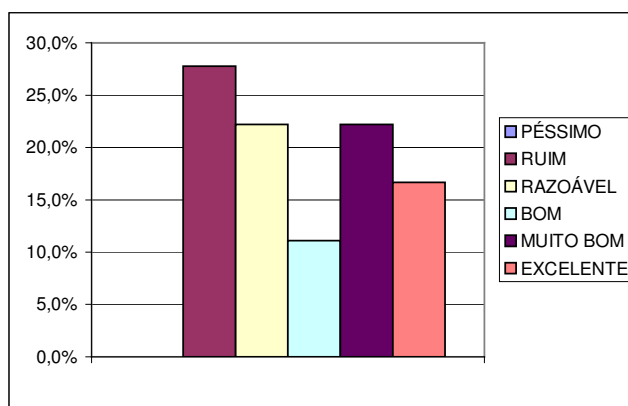


Observa-se que 5,3% dos questionários respondidos classificaram o conceito de fato gerador como razoável e 94,7%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários todas classificaram o conceito como bom, muito bom e excelente, enquanto naquelas com menos de 10.000, 8% o classificaram como razoável.

Têm-se, assim, que a expressiva maioria dos pesquisados classificou o conceito de fato gerador da receita e da despesa como claro. A correta compreensão do conceito de fato gerador é importante, porque implica a definição do regime de apuração contábil que, antes da implantação do PCP, era de caixa o adotado por boa parte das operadoras, o que levava a distorções nas demonstrações contábeis. O PCP exigiu a mudança para o regime de competência.

Questão 9 - O conceito de rede própria é claro e foi entendido sem dificuldade?

Gráfico 9
Rede própria



Dos questionários respondidos 47,4% classificaram o conceito de rede própria como ruim ou razoável e 52,6%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários, 57% classificaram o conceito como razoável ou ruim, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 42%.

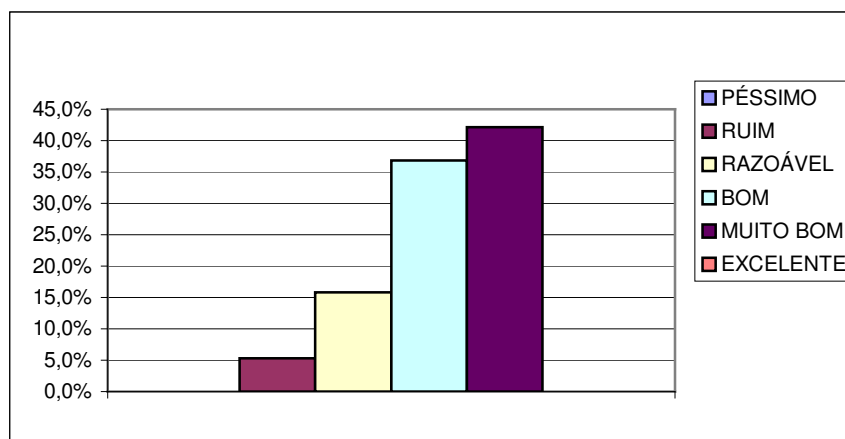
Observa-se, então, que um percentual importante dos pesquisados informou que o conceito de rede própria não foi bem entendido, pelo que a conceituação

estabelecida nas normas contábeis do PCP deve ser revista e apresentada de forma mais clara, pois o conceito não está sedimentado.

Vale dizer que este conceito é extremamente relevante, por ser a base para a determinação da segmentação e, conseqüentemente, para o cálculo das garantias financeiras.

Questão 10 - O conceito de evento conhecido é claro e foi entendido sem dificuldade?

Gráfico 10
Evento conhecido

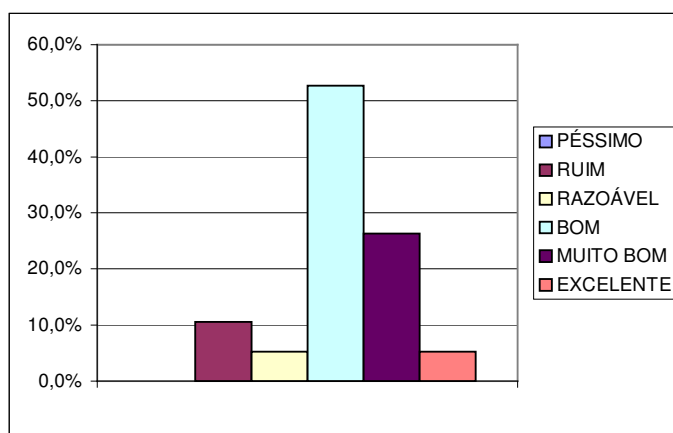


Observa-se que 21,1% dos questionários respondidos classificaram o conceito de evento conhecido como ruim ou razoável e 78,9% como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 29 % classificaram como razoável ou ruim, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 17%.

Vê-se que a maioria dos pesquisados classificou o conceito de evento conhecido como claro, tendo sido entendido sem dificuldade. Esse tema está associado ao do fato gerador, uma vez que, pelo regime de competência, a despesa já é reconhecida quando se tem ciência do evento e, tal como no fato gerador, aqui ocorreu um bom entendimento.

Questão 11 - O Digrafo de Operações é facilmente compreensível?

Gráfico 11
Digrafo de Operações

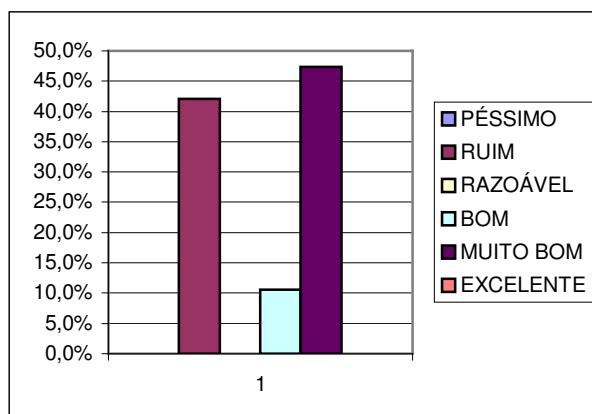


Observa-se que 15,8% dos questionários respondidos classificaram o digrafo de Operações como ruim ou razoável e 84,2%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários nenhuma classificou o digrafo de Operações como razoável ou ruim, enquanto que esse percentual, nas com menos de 10.000, foi de 25%.

Logo, expressiva maioria dos pesquisados classificou o Digrafo de Operações como facilmente compreensível e assimilável, o que é importante, pois o digrafo de Operações tem uma significativa função didática de explicar esquematicamente como são feitos os lançamentos contábeis referentes às operações mais relevantes.

Questão 12 - Os critérios de avaliação e apropriação contábil foram de fácil assimilação?

Gráfico 12
Crítérios de avaliação contábil

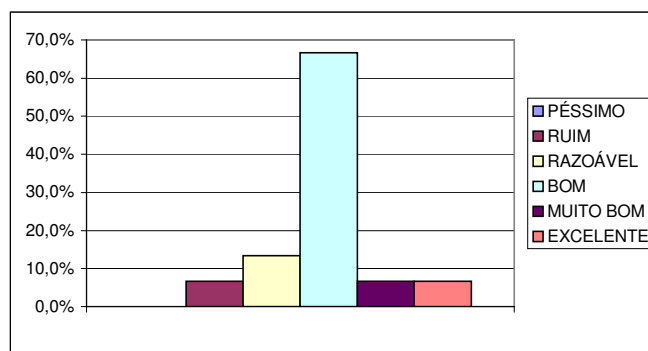


Observa-se que 42,1% dos questionários respondidos classificaram os critérios de avaliação e apropriação contábil como ruins e 57,9%, como bons ou muito bons. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 43% classificaram como razoáveis ou ruins, enquanto que esse percentual, nas com menos de 10.000, foi de 50%.

Como já se viu, as provisões técnicas das operadoras são lastreadas por ativos garantidores. A utilização dos critérios corretos de valoração e contabilização desses ativos é extremamente relevante para garantia da assistência aos beneficiários. Assim, o fato de 42,1% dos pesquisados terem considerado os critérios de avaliação e apropriação contábil como ruins ou razoáveis demonstra que a forma de definir o conceito deve ser revista e apresentada de forma mais clara.

Questão 13 - a) O título da conta Provisão Técnica é claro?

Gráfico 13
Conta provisão técnica - título

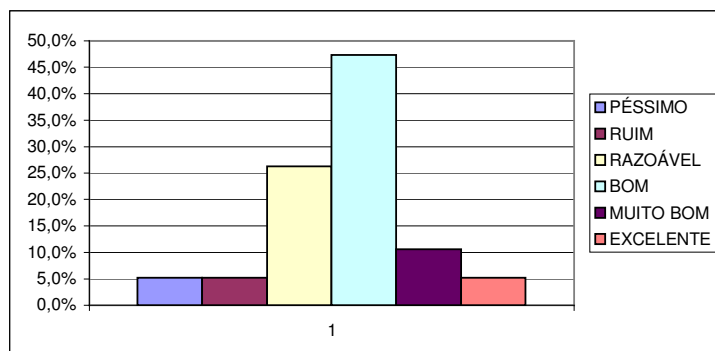


Observa-se que 15,8% dos questionários respondidos classificaram o título da conta como ruim ou razoável e 84,2%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 14% classificaram como razoável ou ruim, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 17%.

Verifica-se, portanto, que a maioria dos pesquisados classificou o título da conta como claro.

b) A função da conta Provisão Técnica é bem definida, não admitindo confusão entre contas?

Gráfico 14
Conta provisão técnica - função

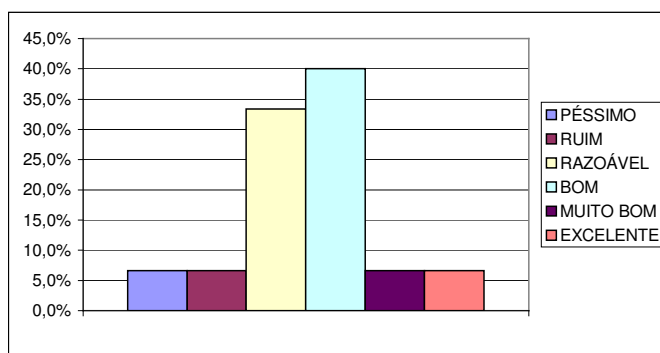


Observa-se que 36,8% dos questionários respondidos classificaram a função da conta como péssima, ruim ou razoável e 63,2%, como boa, muito boa ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 29,0% classificaram como péssima, razoável ou ruim, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 42%.

Vê-se, então, que quase 40% dos pesquisados consideraram que a função da conta não está bem definida, admitindo confusão com outras contas. Logo, a descrição da função da conta deve ser revista e apresentada de forma mais clara

c) O funcionamento da conta Provisão Técnica é facilmente compreensível?

Gráfico 15
Conta provisão técnica - funcionamento



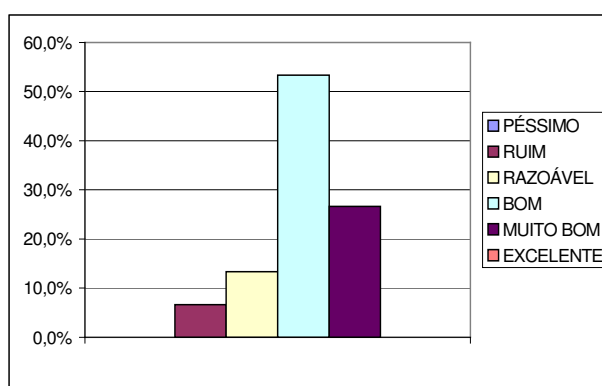
Dos questionários respondidos vê-se que 47,4% classificaram o funcionamento da conta como péssimo, ruim ou razoável e 52,6%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 29 % classificaram como péssimo, razoável ou ruim, enquanto que esse percentual, nas com menos de 10.000, foi de 50%.

Tem-se, assim, que um percentual expressivo dos pesquisados informou que o funcionamento da conta não é facilmente compreensível, pelo que sua descrição deve ser revista e apresentada de forma mais clara.

O percentual alto de conceitos péssimos, ruins e razoáveis para a função e o funcionamento da conta Provisão Técnica deve ser avaliado, tendo-se como a perspectiva o fato de que é uma conta extremamente relevante, na medida em que está associada à contabilização de valores que serão utilizados como base para o correto dimensionamento dos ativos garantidores das provisões técnicas e, conseqüentemente, da garantia da assistência ao beneficiário.

Questão 14 - a) O título da conta Eventos a Liquidar é claro?

Gráfico 16
Conta eventos a liquidar - título

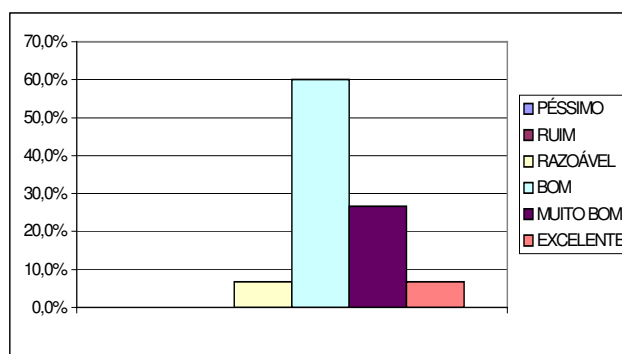


Dos questionários respondidos 21,1% classificaram o título da conta como ruim ou razoável e 78,9 %, como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários nenhuma classificou o título da conta como razoável ou ruim, enquanto que, naquelas com menos de 10.000, o percentual foi de 25%.

Logo, a maioria dos pesquisados considerou o título da conta como claro.

b) A função da conta Eventos a Liquidar é bem definida, não admitindo confusão entre contas?

Gráfico 17
Conta eventos a liquidar - função

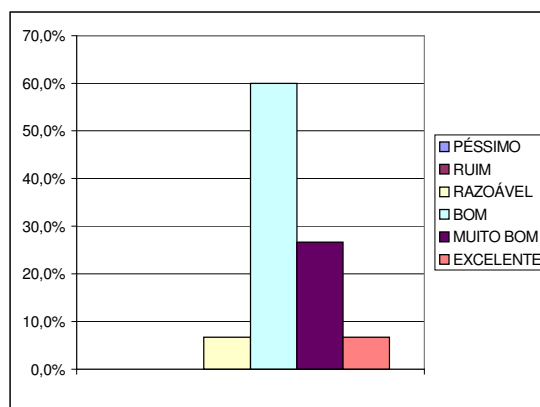


Observa-se que 5,3% dos questionários respondidos classificaram a função da conta como razoável e 94,7%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários nenhuma classificou a função da conta como razoável, enquanto que, nas com menos de 10.000, o percentual foi de 8%.

Verifica-se, pois, que expressiva maioria dos pesquisados classificou a função da conta como bem definida.

c) O funcionamento da conta Eventos a Liquidar é facilmente compreensível?

Gráfico 18
Conta eventos a liquidar - funcionamento

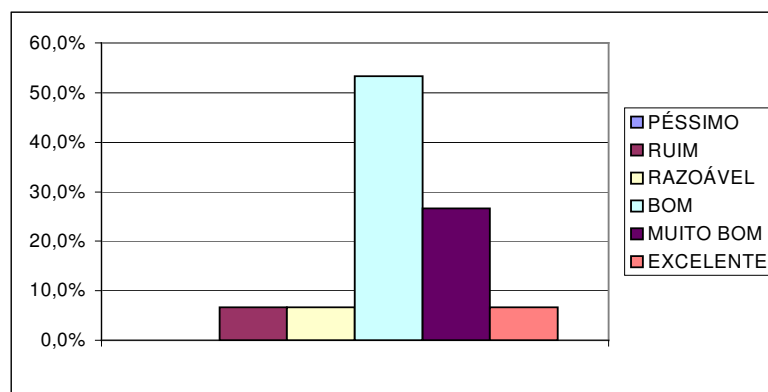


Observa-se que 5,3% dos questionários respondidos classificaram o funcionamento da conta como razoável e 94,7 %, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários, nenhuma classificou o funcionamento da conta como razoável, enquanto que, nas com menos de 10.000, o percentual foi de 8 %.

Logo, expressiva maioria dos pesquisados classificou o funcionamento da conta como facilmente compreensível.

Questão 15 - a) O título da conta Contraprestação Emitida é claro?

Gráfico 19
Contraprestação emitida - título

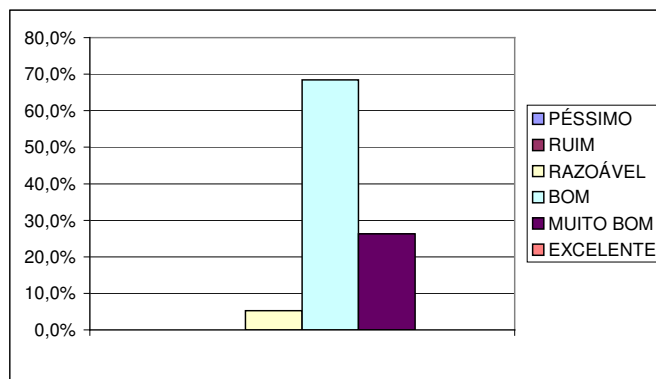


Observa-se que 10,6% dos questionários respondidos classificaram o título da conta como ruim ou razoável e 89,5% como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários nenhuma classificou o título da conta como ruim ou razoável, enquanto que, naquelas com menos de 10.000, o percentual foi de 8%.

Vê-se, assim, que expressiva maioria dos pesquisados informou que o título da conta é claro.

b) A função da conta Contraprestação Emitida é bem definida, não admitindo confusão entre contas?

Gráfico 20
Contraprestação emitida - função

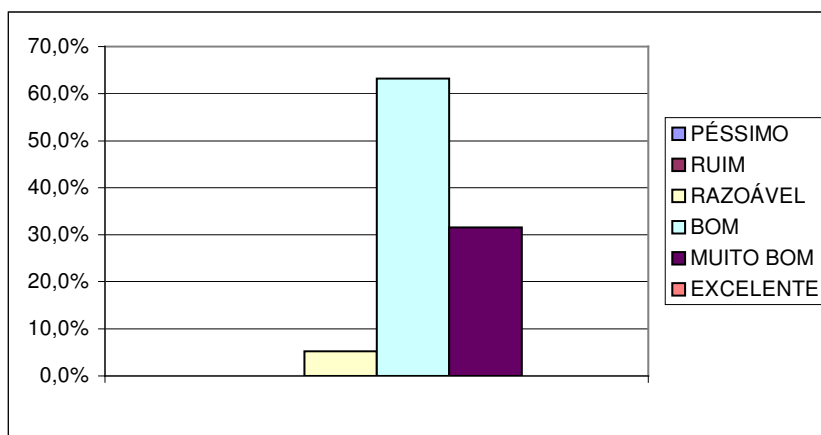


Dos questionários respondidos 5,3% classificaram a função da conta como razoável e 94,7%, como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários nenhuma classificou a função da conta como ruim ou razoável, enquanto que, nas com menos de 10.000, o percentual foi de 8%.

Verifica-se, portanto, que expressiva maioria dos pesquisados classificou a função da conta como bem definida.

c) O funcionamento da conta é facilmente compreensível?

Gráfico 21
Contraprestação emitida - funcionamento

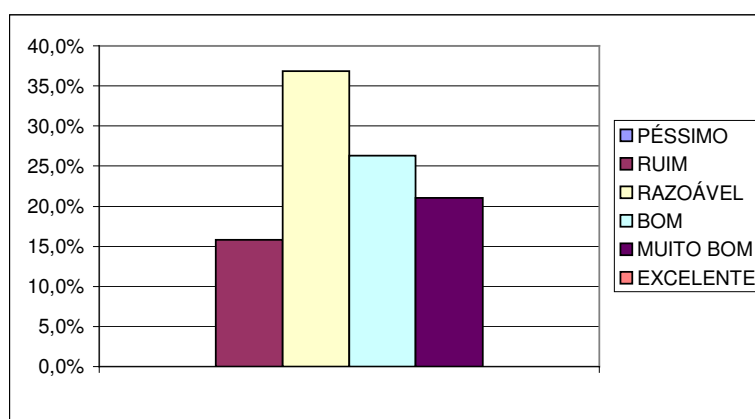


Observa-se que 5,3% dos questionários classificaram o funcionamento da conta como razoável e 94,7%, como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários ninguém classificou como ruim ou razoável, enquanto que esse percentual, nas com menos de 10.000, foi de 14 %.

Logo, expressiva maioria dos pesquisados classificou o funcionamento da conta como facilmente compreensível.

Questão 16 - a) O título da conta Variação da Provisão Técnica é claro?

Gráfico 22
Variação da provisão técnica - título

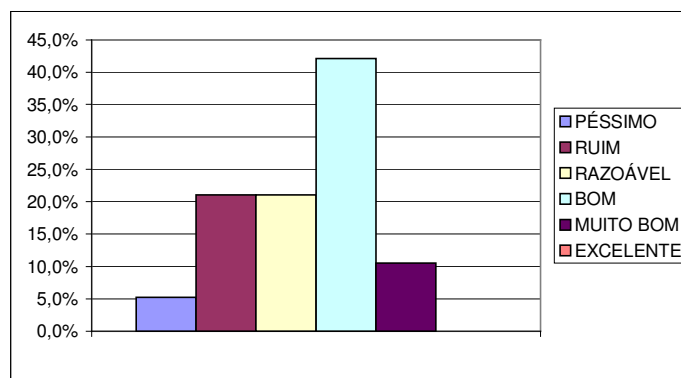


Dos questionários respondidos 52,6 % classificaram o título da conta como ruim ou razoável e 47,4 %, como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 43% classificaram o título como ruim ou razoável, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 58 %.

Um percentual expressivo dos pesquisados considerou que o título da conta não está claro, pelo que se indica ser importante que sua conceituação seja revista e apresentada de forma mais clara.

b) A função da conta Variação da Provisão Técnica é bem definida, não admitindo confusão entre contas?

Gráfico 23
Variação da provisão técnica - função

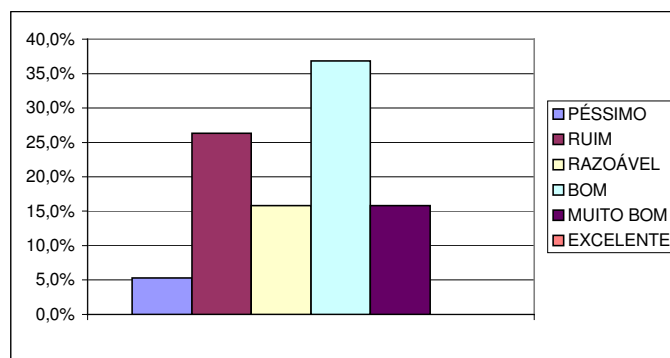


Observa-se que 47,4% dos questionários classificaram a função da conta como ruim ou razoável e 52,6%, como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 57% classificaram como ruim ou razoável, enquanto que esse percentual, nas com menos de 10.000, foi de 42%.

Um percentual expressivo dos pesquisados considerou que a função da conta não está bem definida, indicando ser importante que sua conceituação seja revista e apresentada de forma mais clara.

c) O funcionamento da conta Variação da Provisão Técnica é facilmente compreensível?

Gráfico 24
Variação da provisão técnica - funcionamento



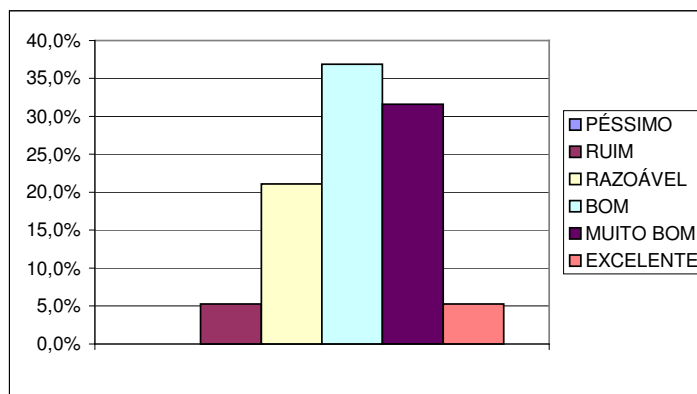
Observa-se que 47,4% dos questionários classificaram o funcionamento da conta como razoável e 52,6%, como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 43% classificaram o funcionamento da conta como ruim ou razoável, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 50%.

Um percentual expressivo dos pesquisados considerou que o funcionamento da conta não é compreensível, o que revela ser importante que sua conceituação seja revista e apresentada de forma mais clara.

Logo, quanto à conta Variação da Provisão Técnica, verifica-se um percentual alto de conceitos péssimos, ruins e razoáveis para título, função e funcionamento da conta. Esse resultado deve ser avaliado com a perspectiva de que esta conta é a contrapartida do lançamento, quando se constitui a Provisão Técnica.

Questão 17 - a) O título da conta Recuperação/Ressarcimento de Eventos é claro?

Gráfico 25
Recuperação/ressarcimento eventos - título

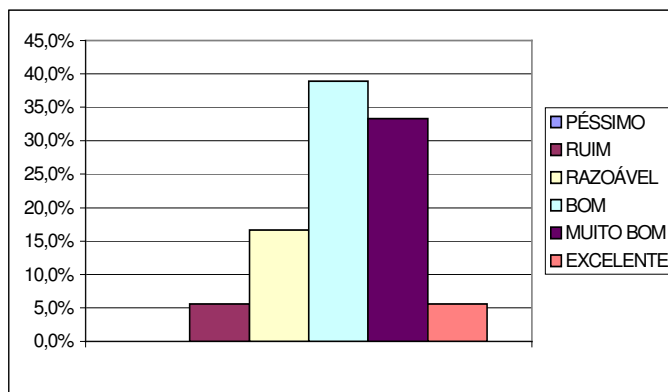


Observa-se que 26,3% dos questionários classificaram o título da conta como ruim ou razoável e 73,7%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 14 % classificaram como ruim ou razoável, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 50 %.

Vê-se que a maioria dos pesquisados informou que o título da conta é claro, entretanto 50% das operadoras com menos de 10.000 beneficiários classificou o título da conta como ruim ou razoável.

b) A função da conta Recuperação/Ressarcimento de Eventos é bem definida, não admitindo confusão entre contas?

Gráfico 26
Recuperação/ressarcimento eventos - função

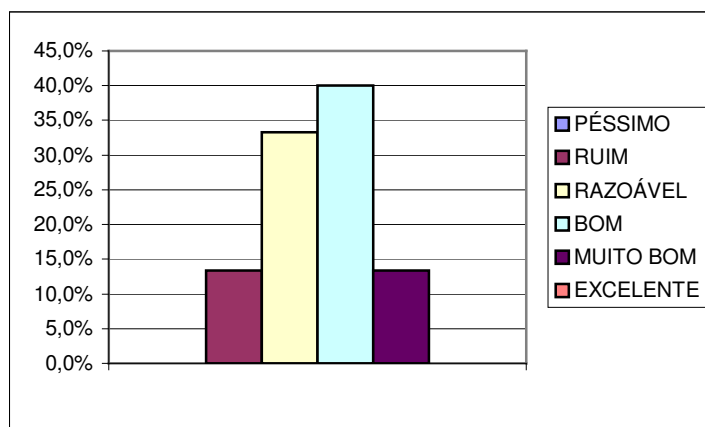


Observa-se que 22,2% dos questionários classificaram a função da conta como ruim ou razoável e 77,8%, como bom, muito bom ou excelente. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 14% classificaram como ruim ou razoável, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 25%.

A maioria dos pesquisados classificou a função da conta como bem definida.

c) O funcionamento da conta Recuperação/Ressarcimento de Eventos é facilmente compreensível?

Gráfico 27
Recuperação/ressarcimento eventos - funcionamento

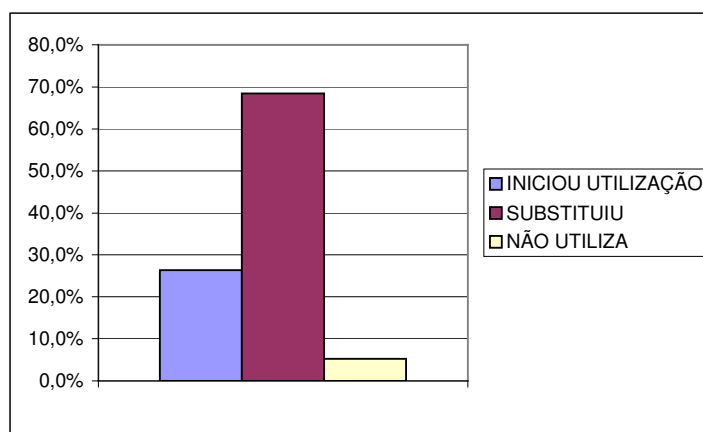


Observa-se que 42,1% dos questionários respondidos classificaram o funcionamento da conta como ruim ou razoável e 57,9% como bom ou muito bom. Das operadoras com mais de 10.000 beneficiários 29% classificaram como ruim ou razoável, enquanto que esse percentual, naquelas com menos de 10.000, foi de 42%.

Um percentual expressivo dos pesquisados considerou que o funcionamento da conta não está facilmente compreensível.

Questão 18 - Após a publicação da RDC n° 38/2000 (e alterações posteriores), a Operadora iniciou a utilização ou substituiu software contábil?

Gráfico 28
Software contábil



O objetivo da pergunta está em avaliar a adaptação da área de sistemas de informação da operadora à norma do PCP.

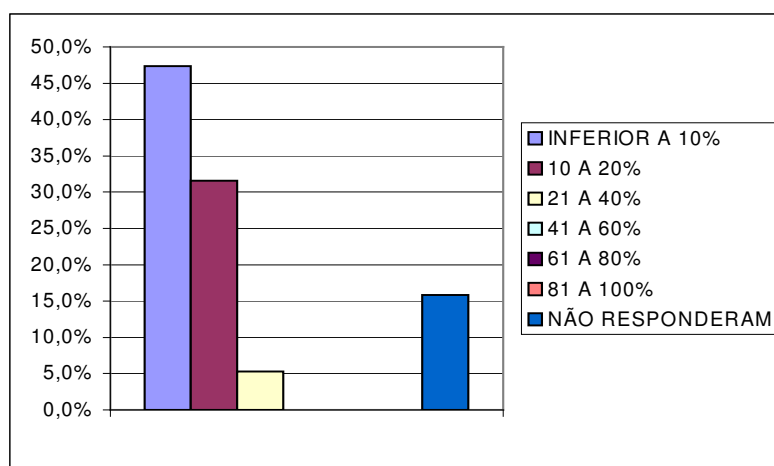
Os resultados informam que 33,3% iniciaram a utilização de software contábil, 60,0% substituíram o software e 6,7 % não utilizam. Aqueles que não utilizam alegaram problemas de custo elevado para sua implementação.

Quase a totalidade dos pesquisados iniciou a utilização ou substituiu o software contábil, o que é indicativo da intenção das operadoras de se adequarem à norma e o reconhecimento da sua importância, apesar dos custos para sua implantação. A título ilustrativo, durante a Câmara Técnica Contábil, em especial na terceira reunião, um dos participantes comentou das dificuldades das empresas, principalmente da preocupação com custos, alegando que teriam de promover alterações profundas em

seus sistemas informatizados. Anteviu, ainda, que, a partir do ano seguinte teriam de trabalhar com dois sistemas em paralelo e que haveria trabalhos extras como levantamentos contábeis, novos procedimentos etc., visando adaptar o antigo plano de contas ao novo PCP (BRASIL/MS/ANS, 2000b).

Questão 19 - Qual o percentual de prestadores de serviço que estão enviando os relatórios?

Gráfico 29
Prestadores de serviço



O objetivo da pergunta está em avaliar o impacto da norma do PCP no relacionamento da operadora com os fornecedores.

Observa-se que 47,4% das operadoras informam que um percentual inferior a 10% dos seus prestadores de serviço estão enviando os relatórios de acordo com o desdobramento da conta de eventos, conforme o estabelecido na RDC nº 38/2000. Já 31,6% das operadoras informam que esse percentual está situado entre 10% e 20%, enquanto 5,3% informam o percentual entre 21% e 40%. Não responderam 15% das operadoras.

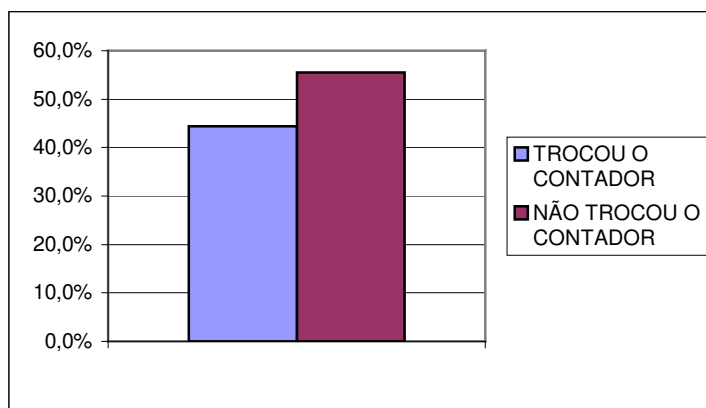
É relevante destacar que das operadoras com menos de 10.000 beneficiários somente 30% relatam percentual acima de 10% de prestadores, informando de acordo com RDC nº 38/2000; ao passo que, para as operadoras com mais de 10.000 beneficiários, esse percentual aumenta para 67%, o que indica uma maior capacidade de negociação por parte dessas operadoras.

Esta informação, como já visto, é a base para cálculo da segmentação, sendo, portanto, preocupante o fato de que, nas 75% das operadoras pesquisadas, menos de 20% dos prestadores de serviço estejam fornecendo os relatórios de despesas em conformidade com a RDC nº 38/2000.

Diante desse cenário, é preciso fazer, com a interveniência da ANS, um trabalho de esclarecimento perante os prestadores de serviço, no sentido de explicar a importância do fornecimento das informações necessárias para a operadora calcular a segmentação. O prestador deve entender que é de seu interesse fornecer essa informação, pois a determinação precisa da segmentação pela operadora é fundamental para o correto dimensionamento das provisões técnicas, tendo, assim, a operadora maior garantia de honrar seus compromissos, exatamente com os próprios prestadores de serviço.

Questão 20 - Ocorreu troca de contador, após a implantação da norma contábil?

Gráfico 30
Troca de contador



O objetivo da pergunta está em avaliar o impacto da norma do PCP na atuação e qualificação profissional do contador.

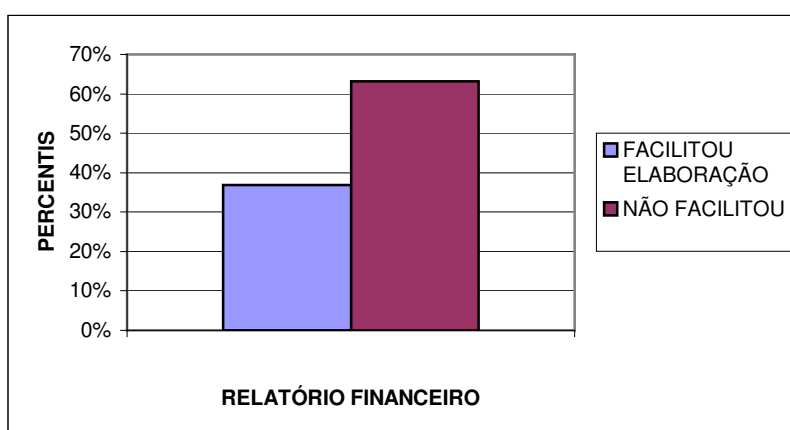
Observa-se que, em 44,4% das operadoras, ocorreu substituição do contador e, onde houve essa troca, a principal razão foi a substituição por um profissional mais especializado. Dentre as empresas com mais de 10.000 beneficiários 29% substituíram o

contador contra um percentual de 50% das operadoras com menos de 10.000 beneficiários.

Significa dizer que 44% dos profissionais das operadoras que responderam ao questionário têm menos de 3 anos de empresa, indicando que foram admitidos na operadora após a implantação da norma contábil em 2001. Ocorreu, portanto, uma significativa rotatividade de pessoal, principalmente nas operadoras com menos de 10.000 beneficiários.

Questão 21 - O plano de Contas Padrão facilitou a elaboração de relatórios financeiros?

Gráfico 31
Relatório financeiro



Das operadoras pesquisadas 37% responderam que o PCP facilitou a elaboração dos relatórios financeiros, contra 63% que informaram que a norma não facilitou.

Como 70% das operadoras que ofereceram resposta afirmativa têm mais de 10.000 beneficiários, pode-se inferir que as maiores já possuíam a cultura de elaborar relatórios financeiros, o que deveria ocorrer em menor escala com as operadoras com menos de 10.000.

Questão 22 - Informar o investimento para implantação do Plano de Contas Padrão em percentual relativo às contraprestações efetivas anuais?

Somente 30% das operadoras responderam a essa questão, informando que os valores referentes ao investimento para a implantação do PCP variaram de 0,2% a 10% em relação às contraprestações efetivas anuais, com valor médio de 4%.

Para se dimensionar esse percentual, a média de contraprestação efetiva anual é de R\$ 820.000,00 para as Cooperativas Odontológicas com beneficiários na faixa entre 5.000 e 10.000 beneficiários e, para uma Filantropia com mais de 10.000, esse valor é de R\$ 6.5000.000,00, segundo os balanços apresentados no *site* da ANS, o que significa dizer que, em muitos casos, foi um investimento de vulto para essas operadoras.

Vale destacar, nesse sentido, que, durante a terceira reunião da Câmara Técnica Contábil, um dos participantes ressaltou as preocupações de sua entidade com os custos que seriam imputados às empresas com a implementação do PCP, pois praticamente são três novas frentes: o desenvolvimento do sistema para o novo plano de contas, a necessária adaptação junto aos prestadores de serviço e a exigência de contratação de auditoria (BRASIL/MS/ANS, 2000b).

5.2. Análise das Informações Contábeis Divulgadas pela ANS

A base de estudo é apresentada na Tabela 3 abaixo:

Tabela 3
Operadoras segundo o porte

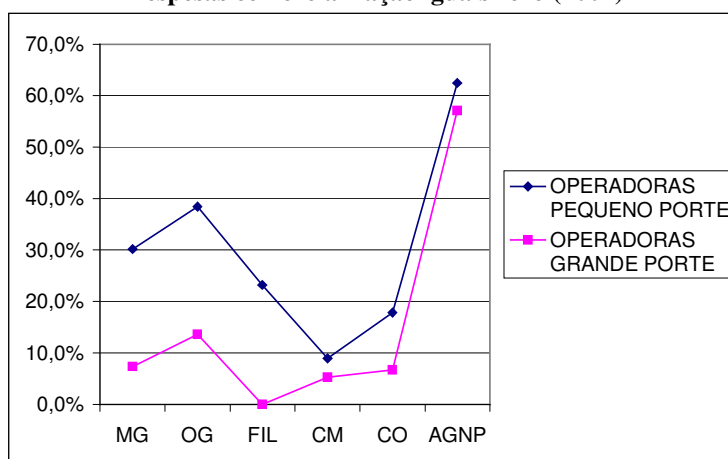
MODALIDADES		PEQUENO PORTE	MÉDIO E GRANDE PORTE
MG	MEDICINA DE GRUPO	374	108
OG	ODONTOLOGIA DE GRUPO	263	22
FIL	FILANTROPIA	99	22
CM	COOPERATIVA MÉDICA	156	76
CO	COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	134	15
AGNP	AUTO GESTÃO NÃO PATROCINADA	64	6
TOTALIS		1090	249

Fonte: ANS/MS - fev. 2004

5.2.1. Operadoras com Despesas de Comercialização Iguais a Zero

O gráfico apresenta, por modalidade, o percentual de operadoras com o saldo zero na conta Despesas de Comercialização e saldo positivo na conta Contraprestações Efetivas, o que indica que houve comercialização de planos e, portanto, deveria haver saldo na conta Despesas de Comercialização. Verifica-se que 30% das operadoras de pequeno porte apresentaram essa inconsistência contra 8% das de grande porte.

Gráfico 32
Despesas comercialização iguais zero (2002)

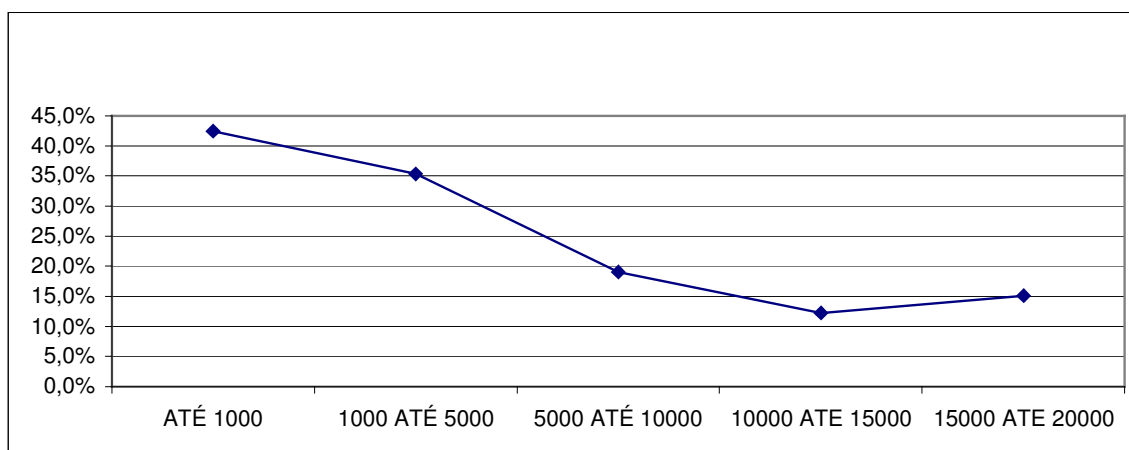


Para as operadoras de pequeno porte, observa-se que na modalidade Medicina de Grupo (MG), 30% apresentaram a inconsistência. Entre as Odontologias de Grupo (OG) este percentual foi de 39%, enquanto que, para as Filantropias, foi de 23%. Destaque-se que na modalidade Cooperativa Médica (CM) apenas 9,0% das operadoras apresentaram a inconsistência, sendo o menor valor entre as modalidades em estudo. Por outro lado, o maior valor registrado foi para as Autogestões não Patrocinadas (AGNP), com 62,5%. Das Cooperativas Odontológicas (CO), 17,9% apresentaram a inconsistência.

Para as operadoras de grande porte, o índice máximo ocorre para as Autogestões não Patrocinadas (AGNP), com 57,1%, e o mínimo para as Filantropias (FIL), que foi de 0%.

O Gráfico 33 apresenta, para as operadoras de pequeno porte, os resultados da estratificação por número de beneficiários.

Gráfico 33
Operadoras pequeno porte: despesa de comercialização igual a zero (2002)



Observa-se que 42,4% das operadoras com até 1.000 beneficiários apresentaram despesas de comercialização iguais a zero e saldo positivo na conta Contraprestação Efetiva, seguidas de 35,3% nas operadoras que possuem de 1.000 a 5.000 beneficiários. Quanto às que possuem de 5.000 a 10.000, esse percentual caiu para 19% e, para aquelas com número de beneficiários de 10.000 a 15.000 o percentual foi de 12,3%, ao passo que, para as na faixa de 15.000 a 20.000 beneficiários, foi de 15,1%. Observa-se, pois, a tendência de que, quanto maior o número de beneficiários, menor o número de inconsistências na contabilização das Despesas de Comercialização.

Para testar a hipótese de que a contabilização de Despesas de Comercialização estaria sendo feita erroneamente na conta de Despesas Administrativas, comparou-se o Índice de Despesas Administrativas - IDA¹ do grupo de operadoras com Despesas de Comercialização igual a zero com o do grupo com Despesas de Comercialização diferente de zero, segundo a modalidade. O resultado é apresentado na Tabela 4 e no Gráfico 34.

Tabela 4

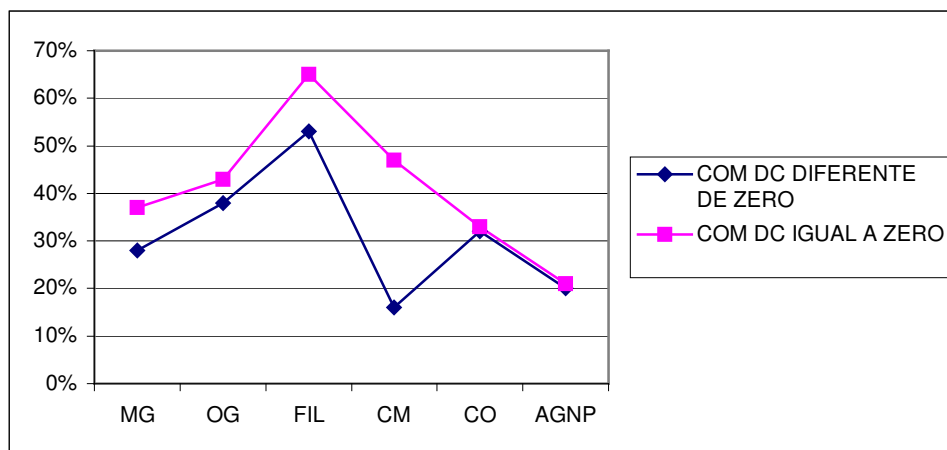
Valores de IDA por modalidade: operadoras com DC iguais e diferentes de zero (2002)

Modalidades	DC DIF ZERO	DC IGUAL A ZERO
MEDICINA DE GRUPO (MG)	28%	37%
ODONTOLOGIA DE GRUPO(OG)	38%	43%
FILANTRÓPICAS(FIL)	53%	65%
COOPERATIVAS MÉDICAS(CM)	14%	29,7%
COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS(CO)	32%	33%
AUTOGESTÃO NÃO PATROCINADA(AGNP)	20%	21%

Os resultados da Tabela 4 mostram que, quando o IDA é calculado considerando as Despesas de Comercialização igual a zero, os valores do IDA são superiores aos dos casos em que as operadoras contabilizaram corretamente as Despesas de Comercialização. Esse é, portanto, um indicativo de que as Despesas de Comercialização estão sendo contabilizadas na conta Despesas Administrativas, inflando o indicador. Com exceção das Cooperativas Médicas os valores de IDA, de uma maneira geral, estão elevados, se comparados aos dados do mercado segurador, em que a média, em 2002, foi de 12%, segundo dados da SUSEP de 2002.

Este fato pode indicar também que, além das Despesas de Comercialização, outras despesas como, por exemplo, as associadas com eventos, podem estar sendo contabilizadas em Despesas Administrativas. No caso das Filantropias, os valores do indicador estão muito elevados, sendo possível que as Despesas Administrativas não relacionadas à operação de planos de saúde podem estar sendo contabilizadas junto com aquelas relacionadas a sua operação. Deve-se destacar também que, no caso das Cooperativas Odontológicas e das Autogestões não Patrocinadas, praticamente não houve diferença nos valores obtidos em ambos os casos.

Gráfico 34
Influência das DC iguais a zero no IDA (2002)



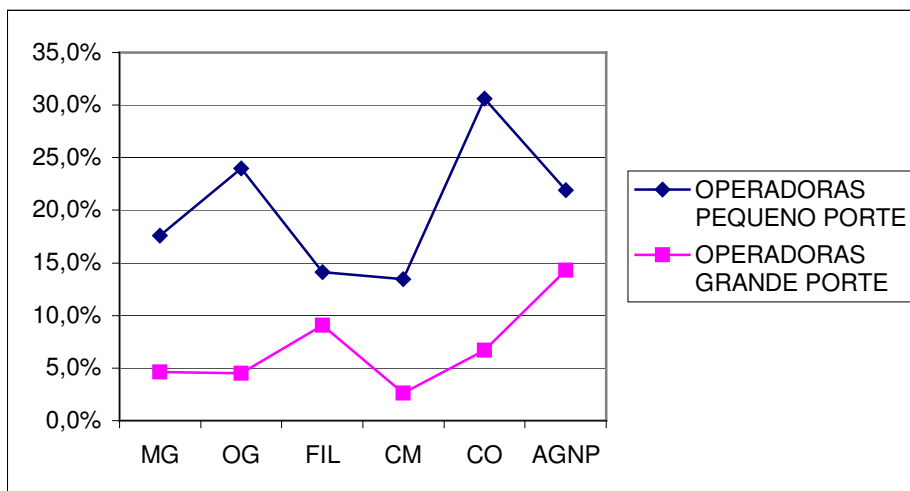
A presença dessa inconsistência em um percentual significativo de operadoras é fator que interfere na correta avaliação da estrutura econômico-financeira de uma operadora ou de uma modalidade de operadoras, pois afeta dois importantes indicadores de estrutura de custo, o próprio IDA e o IDC. Outro aspecto relevante é a implicação para o cálculo de um importante indicador chamado Índice de Giro Operacional - IGO.

Esse indicador se altera na medida em que, com as Despesas de Comercialização iguais a zero, ele sofrerá um aumento, falseando seu valor e, como já se relatou, o art. 14 da RDC nº 77/2001 prevê que a ANS solicite Plano de Recuperação às operadoras em que o valor do IGO for inferior a 1.

5.2.2. Operadoras com Saldo na Conta Provisões Técnicas Igual a Zero e Patrimônio Líquido Suficiente para Constituição das Garantias Financeiras

Foram selecionadas operadoras com saldo igual a zero na conta provisão técnica, saldo positivo na conta contraprestação efetiva e com patrimônio líquido suficiente para constituir a referida provisão, o que seria indicativo de operadoras que não constituíram a provisão por falta de compreensão da norma. Verifica-se que 20% das operadoras de pequeno porte apresentaram essa inconsistência contra 4% das de grande porte. Os resultados são apresentados no gráfico abaixo

Gráfico 35
Operadoras com provisão técnica igual a zero



Verifica-se que o percentual de inconsistências entre operadoras de pequeno porte é maior do que naquelas de grande porte, em 2002.

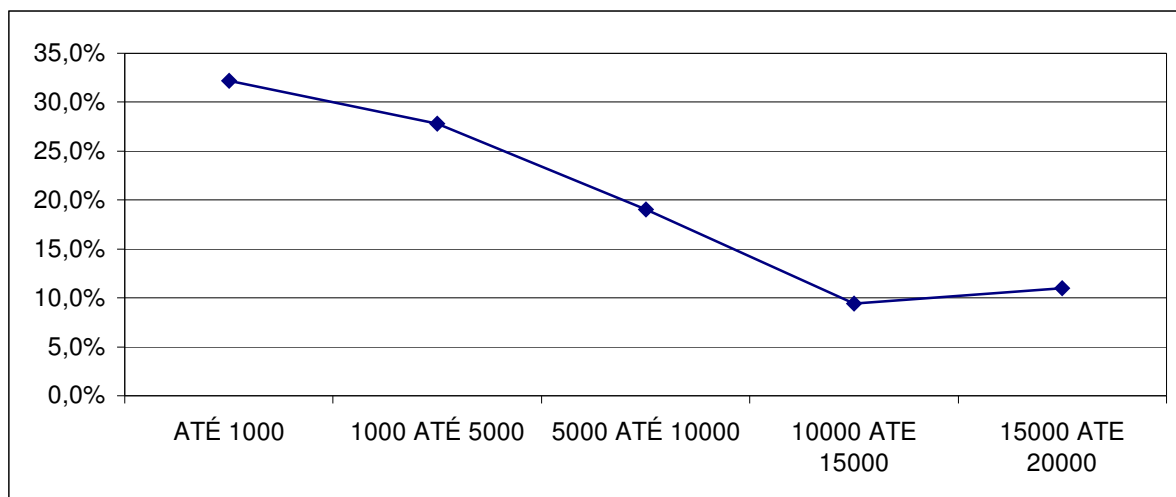
Para as de pequeno porte, observa-se que do total de operadoras, na modalidade Medicina de Grupo, 18% apresentaram a inconsistência; entre as Odontologias de Grupo esse percentual foi de 24%; e, para as Filantropias, foi de 14%.

Destaque-se que do total de Cooperativas Médicas apenas 13,0% apresentaram a inconsistência, sendo o menor valor entre as modalidades em estudo. Por outro lado, o maior valor registrado foi para as Cooperativas Odontológicas, com 31%. Finalmente, do total de operadoras da modalidade Autogestão não Patrocinada de 21% apresentaram a inconsistência.

Para as operadoras de grande porte, o valor máximo ocorre para as Autogestões não Patrocinadas (15,0%) e mínimo para as Cooperativas Médicas (5,0%).

O Gráfico 36 apresenta, para as operadoras de pequeno porte, os resultados da estratificação por número de beneficiários.

Gráfico 36
Provisão técnica igual a zero por faixa de beneficiários (2002)



O gráfico indica que 32,2% das operadoras com até 1.000 beneficiários apresentaram a conta Provisão Técnica igual a zero e disponibilidade para sua constituição, seguidas de 27,8% das operadoras que possuem de 1.000 a 5.000 beneficiários. Quanto às que possuem de 5.000 a 10.000, esse percentual caiu para 19%. Para as com 10.000 a 15.000, o percentual foi de 9,4% e, finalmente, para aquelas com 15.000 a 20.000 houve um pequeno acréscimo para 11%. Observa-se, portanto, a tendência de que, quanto maior o número de beneficiários nessa estratificação, menor o número de inconsistências na contabilização da conta Provisão Técnicas.

A inconsistência tem algumas implicações imediatas:

- O correto dimensionamento dos ativos garantidores das provisões técnicas, que, em última instância, vão garantir a continuidade da assistência ao consumidor, não pode ser feito com precisão sem a correta contabilização do seu valor;
- A operadora perde um grande incentivo tributário, pois, de acordo com o §9º do art. 3º da Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998,² tem-se que:

“§9º Na determinação da base de cálculo da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS, as operadoras de planos de assistência á saúde poderão deduzir:

.....
II – a parcela das contraprestações pecuniárias destinada á constituição de provisões técnicas.”

Além disso o artigo 83 da Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, assim estabelece:

“Art. 83. Para efeito de apuração do lucro real e da base de cálculo da contribuição social sobre o lucro líquido, poderá ser deduzido o valor das provisões técnicas das operadoras de planos de assistência á saúde, cuja constituição é exigida pela legislação especial a elas aplicável.”

Verifica-se, diante disso, que a operadora também é afetada, pois, em época de recursos escassos, perde-se um importante incentivo fiscal que, de outra forma, poderia ser reinvestido na operadora.

5.2.3. Inconsistências Divulgadas pela ANS

A ANS, em seu *site*, divulgou algumas inconsistências observadas nos balanços enviados pelas operadoras através do DIOPS, separadas em grande, médio e pequeno porte. As inconsistências observadas foram: Ativo diferente do Passivo, conta de contraprestação (conta de receita) com sinal negativo e conta de evento (conta de despesa) com sinal positivo. Os valores são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4
Inconsistências segundo o porte da operadora

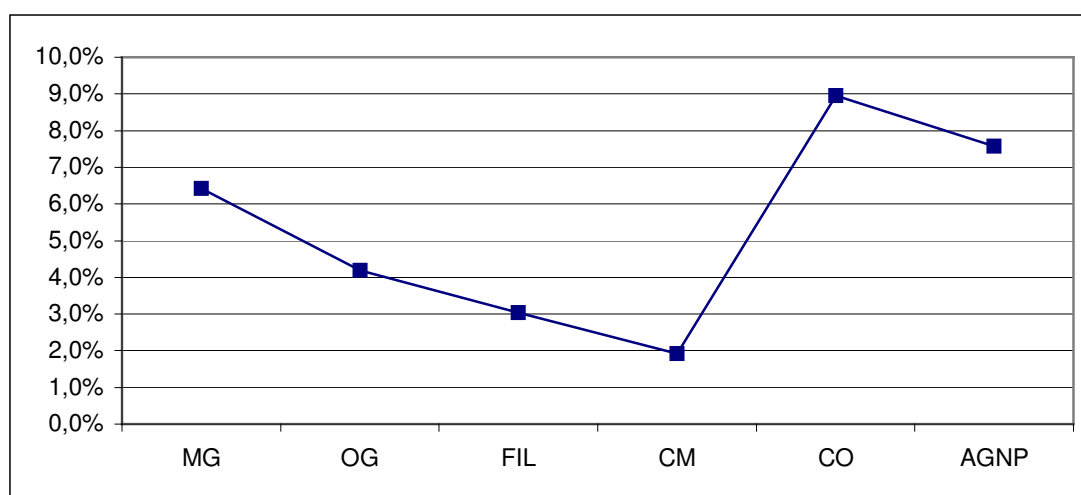
	PEQUENAS		GRANDES	
	2001	2002	2001	2002
Número de Operadoras	1041	942	351	346
Ativo diferente do Passivo	129	85	43	21
Contraprestação negativa	15	15	2	1
Evento positivo	24	25	7	9

ANS/MS - jan. 2004

Não foi feito estudo minucioso e comparativo, como nos itens anteriores, por se tratarem de erros básicos que denotariam mais falhas de preenchimento (digitação ou de totalização) do que propriamente erro de contabilização. Entretanto, no caso das operadoras de pequeno porte, com maior número de dados disponíveis, fez-se um estudo de inconsistência por modalidade e porte, cujos resultados são apresentados a seguir.

5.2.3.1. Ativo diferente do Passivo em Operadoras de Pequeno Porte (2002)

Gráfico 37
Ativo diferente Passivo (2002)

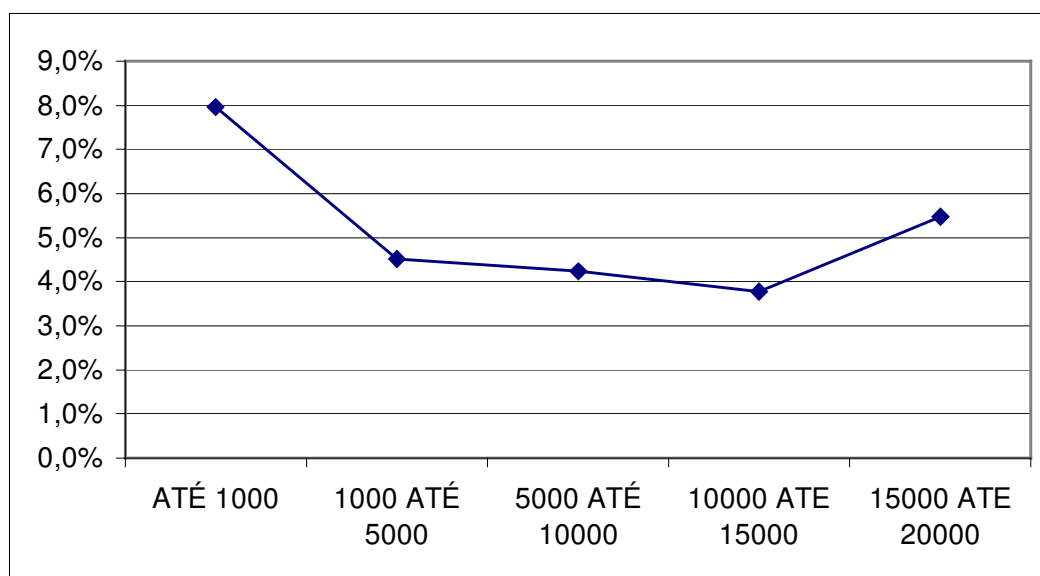


Observa-se que do total de operadoras na modalidade Medicina de Grupo 6,4% apresentaram a inconsistência; entre as Odontologias de Grupo esse percentual foi de 4,2%; e, para as Filantropias, foi de 3,0%. Destaque-se que do total de Cooperativas

Médica apenas 1,9% apresentaram a inconsistência, sendo o menor valor entre as modalidades em estudo. Por outro lado, o maior valor registrado foi para as Cooperativas Odontológicas, com 9,0%, e para as Autogestões não Patrocinadas, com 7,6%.

O Gráfico 38 apresenta, para as operadoras de pequeno porte, os resultados da estratificação por número de beneficiários.

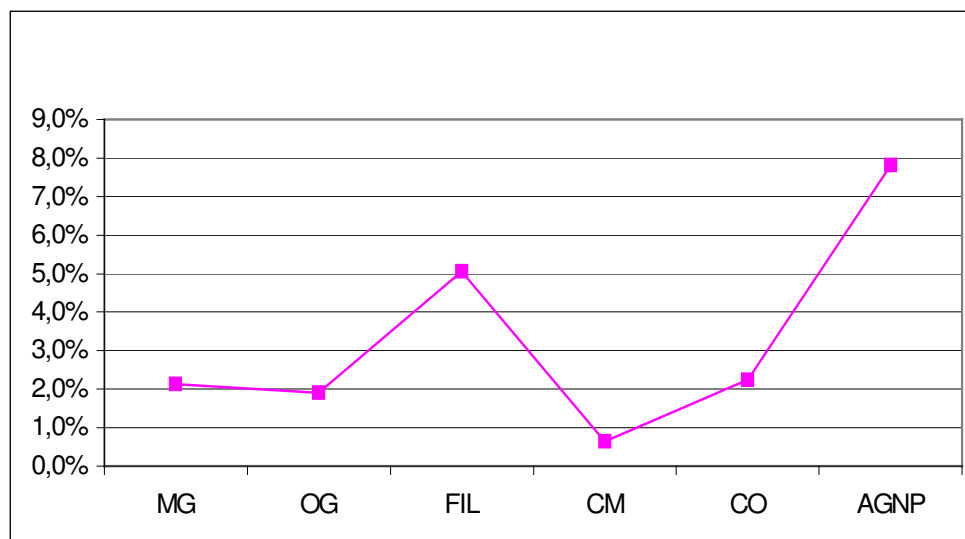
Gráfico 38
Ativo diferente de Passivo por faixa de beneficiários (2002)



O gráfico indica que 8,0% das operadoras com até 1.000 beneficiários apresentaram a inconsistência de diferença entre Ativo e Passivo, seguidas de 4,5% das operadoras que possuem entre 1.000 e 5.000 beneficiários. Quanto às operadoras que possuem de 5.000 a 10.000, esse percentual caiu para 4,2%. Para as operadoras com 10.000 a 15.000, o percentual foi de 3,8% e, por último, para aquelas com 15.000 a 20.000 houve um pequeno acréscimo para 5,5%. Observa-se, assim, uma tendência de que, quanto maior o número de beneficiários nesta estratificação, menor o número da inconsistência Ativo diferente de Passivo.

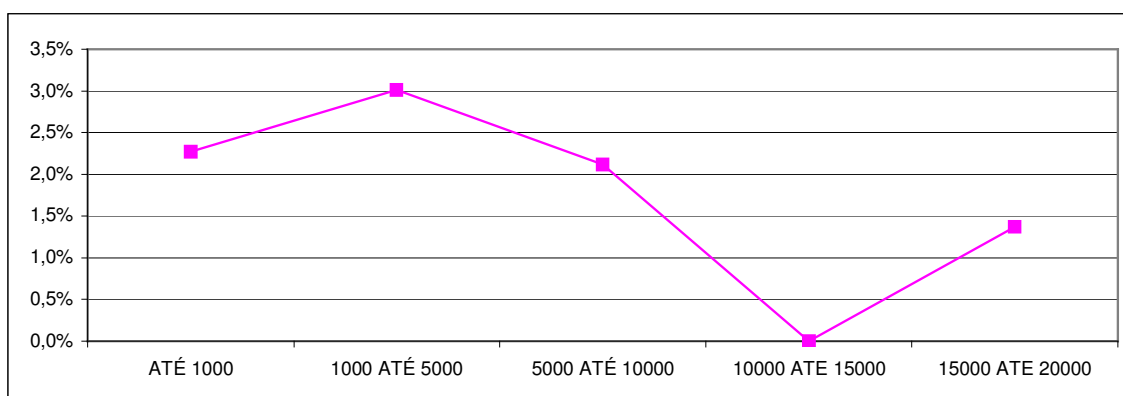
5.2.3.2. Evento Maior do que Zero

Gráfico 39
Evento maior do que zero por modalidade de operadora (2002)



Observa-se que as operadoras da modalidade Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo apresentaram a inconsistência num percentual de 2%. Este percentual foi de 5% para as Filantropias, enquanto para as operadoras da modalidade Cooperativa Médica apenas 1,0%, sendo o menor valor entre as modalidades em estudo. Por outro lado o maior valor registrado foi para as Autogestões Não Patrocinadas com 8%, apresentando as Cooperativas Odontológicas um percentual de 2,0% .

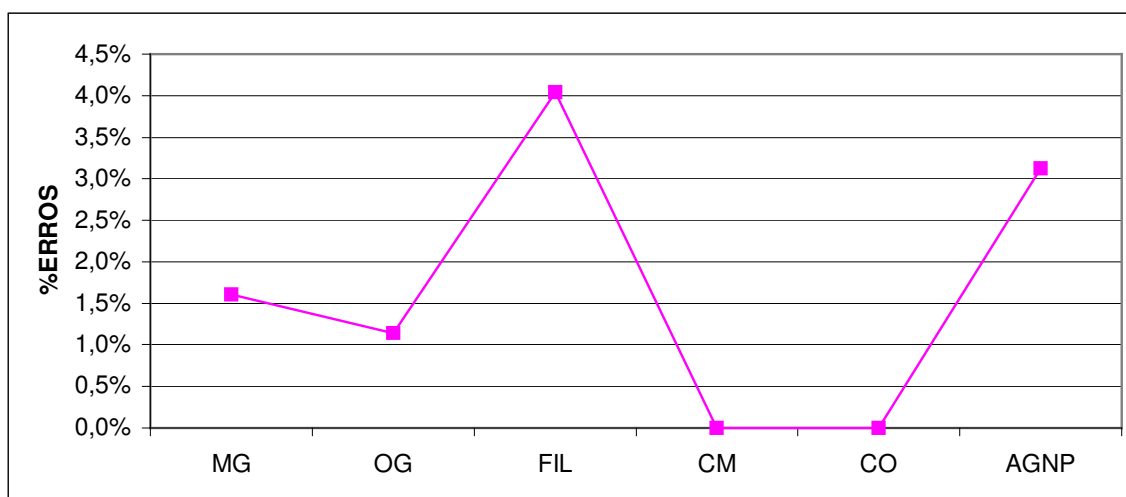
Gráfico 40
Evento maior do que zero por número de beneficiário (2002)



O gráfico indica que 2,3% das operadoras com até 1.000 beneficiários apresentaram a inconsistência da conta evento com sinal positivo, seguidas de 3,0% das operadoras que possuem entre 1.000 e 5.000 beneficiários. Quanto às operadoras que possuem de 5.000 a 10.000, esse percentual caiu para 2,7%. Para as operadoras com 10.000 a 15.000, o percentual foi de 0 % e, para aquelas com 15.000 a 20.000, houve um acréscimo para 1,4%. Verifica-se, portanto, uma tendência de que, quanto maior o número de beneficiários nesta estratificação, menor o número da inconsistência ativo diferente de passivo.

5.2.3.3. Contraprestação com Sinal Negativo

Gráfico 41
Contraprestação com sinal negativo por modalidade de operadora (2002)

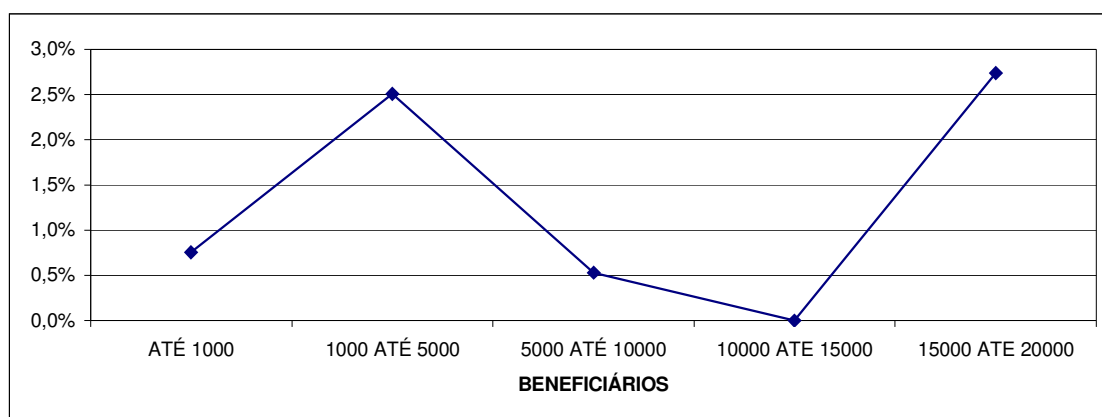


Observa-se que as operadoras da modalidade Medicina de Grupo apresentaram a inconsistência de contraprestação com sinal negativo em percentual de 1,6% e as Odontologia de Grupo, com 1,3%. O percentual foi de 4,0% para as Filantropias, enquanto que, para as Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, foi de 0%. Já as Autogestões Não Patrocinadas aparecem com 3%.

Entre as operadoras de pequeno porte, observa-se que o percentual de inconsistências tende a decrescer à medida que o número de beneficiários vai aumentando nas faixas de até 1.000 a 15.000, voltando a crescer a partir de 15.000.

Gráfico 42

Contraprestação com sinal negativo por número de beneficiário (2002)



NOTAS:

¹ O IDA é uma taxa entre a conta Despesas Administrativas e a conta Contraprestações Efetivas.

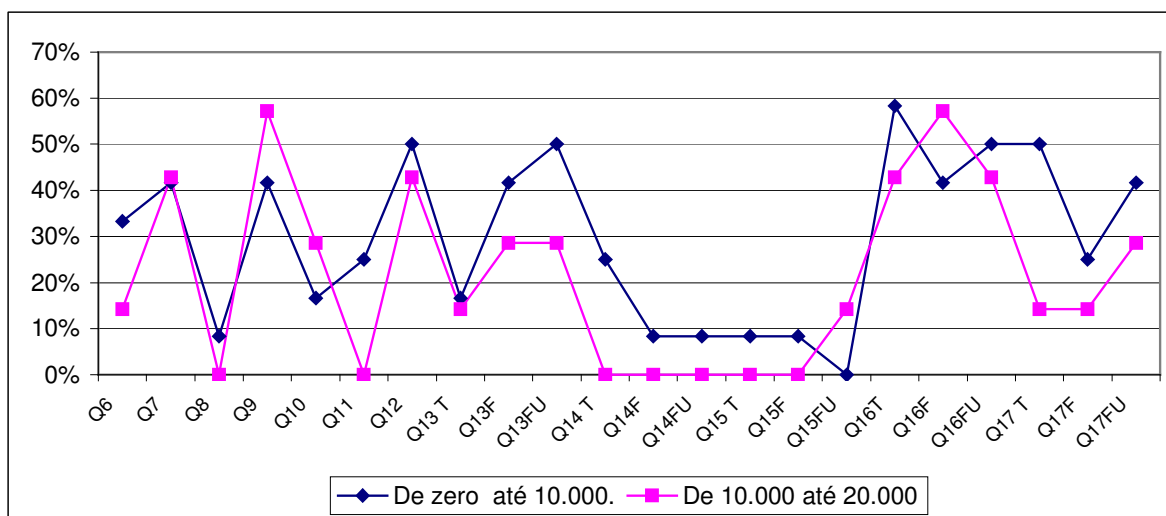
² Com a redação da Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001.

CONCLUSÃO

Da pesquisa realizada observa-se, de antemão, não haver uma homogeneidade na adaptação ao Plano de Contas Padrão da ANS entre o grupo de operadoras de até 20.000 beneficiários, atualmente consideradas de pequeno porte. Os resultados indicam haver mais problemas de adaptação nas operadoras com menos de 10.000 beneficiários. Dentre as modalidades de operadoras, os resultados indicam que as Cooperativas Médicas apresentaram menos problemas de adaptação, ao contrário as Autogestões não Patrocinadas, as quais apresentaram mais problemas, ficando as demais em situação intermediária.

O Gráfico 43 apresenta um panorama geral das respostas das 17 primeiras questões do questionário, expostas em 22 itens, os quais foram analisados segundo o porte das operadoras. No eixo horizontal, estão os 22 itens pesquisados e, no vertical, o percentual de respostas com avaliação péssima, ruim ou razoável.

Gráfico 43
Avaliação global em função do porte da operadora



Observa-se que as operadoras com menos de 10.000 beneficiários, em 17 itens, marcaram um percentual maior de respostas com avaliação péssimo, ruim ou razoável em relação às com mais de 10.000 beneficiários, o que pode indicar que aquelas tiveram mais dificuldades de compreensão da norma.

No tocante às normas básicas de Contabilidade, das respostas ao grupo B das questões aplicadas vê-se que os conceitos foram bem assimilados, com exceção dos relativos à conta de produto; rede própria; e critérios de avaliação e apropriação contábil.

Em relação ao grupo C de questões aplicadas, as respostas apontam que das contas pesquisadas a maioria foi bem assimilada, com exceção das contas provisão técnica; variação da provisão técnica; e recuperação/ressarcimento de eventos, que não foram bem compreendidas.

Quanto ao Grupo D de perguntas formuladas, verificou-se, pelas respostas recebidas, que quase todas as operadoras substituíram ou iniciaram a utilização do software contábil. A grande maioria das operadoras também informaram, no Grupo E, que existem problemas no relacionamento com prestadores de serviço, uma vez que menos de 20% dos prestadores enviam relatórios de despesas em conformidade com a RDC n° 38/2000.

No Grupo F, observa-se, primeiramente, que, em quase a metade das operadoras que responderam ao questionário, ocorreu a substituição do Contador por outro mais especializado nesse mercado.

Além disso, das operadoras pesquisadas 37% responderam que o Plano de Contas Padrão facilitou a elaboração dos relatórios financeiros. Dessas a maioria têm mais de 10.000 beneficiários, podendo-se daí inferir que já havia uma cultura de elaboração de relatórios financeiros nesses grupos.

Em termos de investimento para a implantação do Plano de Contas Padrão, os valores variaram de 0,2% a 10% das contraprestações efetivas anuais, com valor médio de

4%, mostrando que, em alguns casos, foi significativo o custo da regulação nesse ponto específico, principalmente em se tratando de operadoras de pequeno porte.

Nesse sentido, vale dizer que os custos decorrentes da regulação devem ser objeto de uma análise cuidadosa por parte do órgão regulador, pois, quando este cria regras buscando garantia de solvência das empresas reguladas, essas normas geram um custo adicional para as operadoras, ao que se pode chamar aqui de custo da regulação. A regulação, inicialmente, aumenta a garantia de solvência do mercado, mas isso até um certo ponto considerado ótimo. A partir daí o aumento do custo de regulação não corresponde em igual medida ao aumento da garantia de solvência (MELLO,2004). Significa dizer que existe uma relação entre quantidade de empresas e nível de solvência desejado para o mercado

De acordo com GALIZA (2004): *“o grande desafio do órgão de regulação é encontrar um "meio-termo" ideal para essa questão, que inclui também o grau de competição desejável. Isto não é uma regra geral, pois depende de uma avaliação pessoal de cada um. Historicamente, em mercados internacionais, 1% das empresas de seguros têm alguma forma de problema por ano. Acho este número razoável, para termos como meta inicial nos estudos.”*

Da mesma forma, COSTA & CASTRO (2003) assinalam que o desafio normativo para a ANS é avaliar, de forma clara, os efeitos gerados pelo regime regulatório sobre a estrutura das empresas.

Sobre isso, é importante dizer que o aspecto custo da regulação foi levado em consideração pela ANS, quando do início da implantação da norma do PCP. Com o objetivo de reduzir custos, as pequenas operadoras ficaram isentas da obrigatoriedade da publicação de balanços, além do que foi feita uma proposta ao IBRACON de redução de escopo de auditoria.

Em relação à segunda parte desta pesquisa, em que foram analisados os balanços de 2001/2002 das operadoras, foi possível observar, em primeiro lugar, que os resultados indicam que, em muitas operadoras, as Despesas de Comercialização estão sendo contabilizadas como Despesas Administrativas, o que leva a distorções sobre importantes indicadores financeiros, em especial o IGO. Indicam também que outras despesas, além das de Comercialização, podem estar sendo contabilizadas como Despesas Administrativas. Depreende-se, desses resultados, haver uma dificuldade de compreensão da função e do funcionamento das contas Despesas de Comercialização e Despesas Administrativas.

Da simulação feita para se verificar a disponibilidade de patrimônio para suportar as provisões técnicas foi possível observar que cerca de 20% das operadoras de pequeno porte apresentaram a inconsistência de apresentar saldo zero na conta provisão técnica e patrimônio suficiente para sua constituição, indicando, assim, falta de compreensão sobre as contas provisão técnica e variação da provisão técnica. Destaque-se que as operadoras perdem direito a uma importante dedução tributária, pois o valor da provisão é dedutível do Imposto de Renda.

A análise segundo o porte da operadora também indica que os problemas com essas inconsistências aumentam nas operadoras com menos de 10.000 beneficiários, o que revela que esse grupo de operadoras apresentaram mais problemas de adaptação ao PCP.

Já as operadoras com mais de 10.000 beneficiários apresentaram percentuais de inconsistência compatíveis com as de grande porte. As inferências extraídas desta pesquisa apontam para a possibilidade de que o referencial para demarcar operadoras de pequeno porte seja 10.000 beneficiários. Para se ter uma dimensão desse grupo de operadoras, verificou-se que o cadastro de beneficiários da ANS, em abril de 2003, mostrava que as operadoras com até 10.000 beneficiários respondiam por 74% das operadoras e 10% do total de beneficiários.

Interessa lembrar que a regulação prudencial normalmente leva à concentração de mercado e, quanto a isso, há uma grande preocupação no sentido de que a regulação venha

a favorecer as grandes operadoras em detrimento das pequenas. Apesar de alguns estudos apontarem para uma correlação positiva entre mercados mais concentrados e eficiência (COSTA & CASTRO, 2003), no caso do mercado de saúde suplementar existe uma particularidade: muitas operadoras de pequeno porte atuam em regiões de baixa densidade populacional e poder aquisitivo, sendo este um nicho de mercado que, a rigor, não interessa às grandes operadoras e, por essa pesquisa, foi possível verificar a existência de operadoras de pequeno porte que, no que diz respeito ao PCP, mantêm grau de eficiência semelhante às operadoras de grande porte.

É importante destacar que a pesquisa baseada na aplicação do questionário tem uma natural limitação no que diz respeito ao tamanho da amostra. No entanto, observa-se que essa limitação foi atenuada pela comparação com os resultados obtidos pela análise dos balanços de 2001/2002. Exemplo disso é a confluência de resultados tanto sobre o entendimento das contas provisão técnica e variação da provisão técnica no que diz respeito da diferença de adaptação ao PCP entre operadoras com menos e mais de 10.000 beneficiários.

Assim, tendo em vista as conclusões extraídas da pesquisa desenvolvida neste estudo, cabem fazer seguintes recomendações, como uma contribuição para se melhorar a qualidade da informação contábil recebida pela ANS e, conseqüentemente, obter-se indicadores econômico-financeiros a partir de uma base de dados mais consistente:

- No tocante às normas básicas de Contabilidade, os conceitos relativos à conta de produto, rede própria e critérios de avaliação contábil devem ser revistos e definidos de forma mais clara, sendo a mesma recomendação para a definição da função e do funcionamento das contas provisão técnica, variação da provisão técnica e recuperação/ressarcimento de eventos;
- Os resultados obtidos apontam para a necessidade de se reavaliar os parâmetros para definição do porte da operadora, chamando atenção para o marco de 10.000 beneficiários;

- As operadoras com menos de 10.000 beneficiários são a grande maioria das operadoras no mercado de saúde suplementar e, no entanto, ainda têm uma grande dificuldade de absorver as exigências da regulação, razão pela qual deveriam receber tratamento diferenciado do órgão regulador, o que poderia ser feito através de treinamentos específicos e elaboração de cartilhas dirigidas a esse grupo de operadoras;

Por fim, vale frisar que, para que as informações contábeis possam realmente atingir seus propósitos, é imprescindível que sejam acompanhadas de relatório econômico-financeiro baseado em dados consistentes, uma vez que dos indicadores gerados da análise desses relatórios é que se pode montar boletins estatísticos, tal como hoje já é feito para as seguradoras especializadas em saúde, sendo este um item essencial à transparência do mercado.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMGE, 2004. <<http://www.abramge.com.br>>. Acesso em fevereiro de 2004.

ALMEIDA, M. C. 2000. *Princípios fundamentais de Contabilidade e Normas Brasileiras de Contabilidade*. São Paulo: Atlas.

ANDRADE, M.V. & COIMBRA, M.B. 2001. Economia da saúde no Brasil In Microeconomia e sociedade no Brasil (Lisboa, M. & e Menezes Filho, N., orgs.), p. 285-331, Rio de Janeiro: FGV/RJ.

ARAÚJO, F. J. 1997. *Grau de compreensão dos pareceres de auditoria no Brasil*. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. Rio de Janeiro: UERJ.

BAHIA, L. 1999. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

BLASCO, D. C. *et al.* 2002. Estructuras de propiedad, organización y canales de distribución de las empresas aseguradoras en el mercado español. In *Cuadernos de la Fundación Mapfre*, n. 74. p.57-93.

CASTRO, W. B. O poder da informação. *Revista Medicina Social*. <<http://www.abramge.com.br>>. Acessado em março de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2000a. *Câmara Técnica de Segmentação: relatório final*. Rio de Janeiro, 26 de julho de 2000. Diretoria Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE. Mimeo.

_____. Câmara dos Deputados. 1997. Projeto de Lei nº 4.425-A, de 1994. Discussão em turno único. *Diário da Câmara dos Deputados*, Brasília/DF, 8 out.

_____. 2000b. *Câmara Técnica de Contabilidade: relatório final*. Rio de Janeiro, 10 de outubro de 2000 Diretoria Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE. Mimeo.

_____. 2001. *O Impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

_____. 2002. *Regulação & saúde: evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2001. v. 1.

_____. Câmara dos Deputados. 2003. *CPI dos planos de saúde: relatório final*. Relator Deputado Ribamar Alves. Brasília, DF. Mimeo.

_____. Congresso Nacional. *Lei n.º 6.404, de 15 de dezembro de 1976*. Dispõe sobre as Sociedades por Ações.

_____. Congresso Nacional. *Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

_____. Congresso Nacional. *Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

_____. Presidência da República. *Decreto-lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966*. Altera a legislação das Contribuições para a Seguridade Social - COFINS, para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/PASEP e do Imposto sobre a Renda, e dá outras providências.

_____. Presidência da República. *Medida Provisória n.º 2.158-35, de 21 de agosto de 2001*. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 38, de 27 de outubro de 2000*. Institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS.

_____. Ministério da Saúde. 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.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 77, de 17 de junho de 2001*. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN nº 3, de 19 de abril de 2002*. Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão ANS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN nº 27, de 3 de abril de 2003*. Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Executiva da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001*. Institui o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS.

CHAGAS, A. T. R. 2003. O questionário na pesquisa científica. Administração on line. São Paulo: Fundação Escola Álvares Penteado. <<http://www.fecap.br>>. Acessado em fevereiro de 2004.

COSTA, N. R. *et al.* 1999. Análise comparada do regime regulatório na infra-estrutura e no setor saúde. Nota Técnica 4. In *Modelos de regulação e análise do caso brasileiro*, p. 51-91, Rio de Janeiro: ANS.

COSTA, N. R. & CASTRO, A. J. W. 2003. *O regime regulatório e a estrutura de mercado de planos de assistência à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar. Mimeo.

DIAS FILHO, J. M. 2000. A linguagem utilizada na evidenciação contábil: uma análise de sua compreensibilidade à luz da teoria da comunicação. *Cadernos de Estudos da FIPECAFI*, São Paulo: FIPECAFI, v. 13, n. 24, p. 39-40, jul./dez.

DONALDSON, C. & GERARD, K. 1993. Market failure in health care. In *Economics of health care financing the visible hand*. London: MacMillan.

DUARTE, C. M. R. 2001. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In *Brasil: radiografia da saúde* (B. Negri & G. di Giovanni, orgs.), p. 363-393, Campinas: Unicamp/IE.

FABRETTI, L. C. 1999. *Contabilidade tributária*. 5.ed. São Paulo: Atlas.

FAVARET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. 1990. A universalização excludente – reflexão sobre a tendência do sistema de saúde. *Revista planejamento e políticas públicas*, n. 3: p. 139-152, jun.

FREY, I. A. A. 1997. *Contabilidade como instrumento de gestão nas pequenas empresas industriais de Santa Cruz do Sul*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul.

GABAY, R. 2002. Gerenciando riscos nos planos de saúde. In: *Seguros & riscos*, São Paulo, Technic Press, n. 167, p. 39-41, abr.

GALIZA, F. J. S. 2004. Modelos de solvência. *Caderno de seguros da FUNENSEG*, Rio de Janeiro: FUNENSEG. n. 123.

GUERRA, L. 1998. *Estratégia de serviços das empresas que operam planos/seguros de saúde no Brasil*: cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: COPPEAD/UFRJ.

HIGUCHI, H. 2000. *Imposto de Renda das empresas: interpretação e prática*. 25.ed. São Paulo: Atlas.

IUDÍCIBUS, S. *et al.* 1991. *Contabilidade gerencial*. 4.ed. São Paulo: Atlas.

IUDÍCIBUS, S. 1997. *Teoria da Contabilidade*. 5.ed. São Paulo: Atlas.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. 2003. *Fundamentos de metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Atlas.

LOPES DE SÁ, A. 1998. *Plano de contas*. 9.ed. São Paulo: Atlas.

KASSAI, S. 1997. As empresas de pequeno porte e a contabilidade. *Revista Contabilidade & Finanças*, São Paulo: FIECAFI, v. 9, n. 15, p.60-74, jan./jun.

MÉDICI, A. C. 2003. *Evolução da estrutura do sistema de saúde*. <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/index.htm>>. Acesso em fevereiro de 2004.

MELLO, L.M. 2004. Um Novo Modelo de Supervisão. Palestra na III Conferência de Fundos Pensão no Brasil.<<http://www.anapp.com.br/publique/media/03/leomello.ppt>>. Acesso em maio/2004.

NAKAWAGA, M. & DIAS FILHO, J. M.. 2001. Análise do processo da comunicação contábil: uma contribuição para a solução de problemas semânticos, utilizando conceitos da teoria da comunicação. *Revista Contabilidade & Finanças*, São Paulo: FIECAFI, v. 15, n. 26, p. 42-57, mai./ago.

NUNES, E. 1999. *Reforma Administrativa, Reforma Regulatória: a nova face da relação Estado-Economia no Brasil*. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, Mimeo.

OLIVEIRA, A. G. 1999. *O mapa da mina da Contabilidade*. Rio de Janeiro: FGV.

OLIVEIRA, J. A. A. & FLEURY TEIXEIRA, S. M. 1986. Implantação do modelo do privilegiamento do produto privado. In *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*, p. 201-234, Rio de Janeiro: Abrasco/Vozes.

PINDICK, R S. & RUBINFELD, D. L. 2002. *Microeconomia*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall. (E. Prado, trad.).

RIBEIRO, O. M. 2002. *Contabilidade básica*. 23.ed. São Paulo: Saraiva.

ROSA, M. M. 1998. *Adoção de marketing de serviços nas seguradoras brasileiras*. Rio de Janeiro: COPPEAD/UFRJ.

SALLES & SANTOS. 2004. A evolução da solvência, das provisões técnicas e da técnica atuarial: uma visão técnico-jurídica. *Caderno de seguros da FUNENSEG*, Rio de Janeiro: FUNENSEG, 123 (24): 27-34, mar.

SILVA, B. G. 1995. *Sistema de informação contábil sob a ótica da teoria da comunicação: um estudo com administradores na região da Grande São Paulo*. Dissertação de mestrado. São Paulo: FEA/USP.

STIGLITZ, J. E. 1999. Market Failure. *Economics of public sector*. 3.ed. New York/London: W.W. Norton & Company, p. 55-92.

UNIMED. 2004. <<http://www.unimed.com.br>>. Acesso em fevereiro de 2004.

UNIODONTO. 2004. <<http://www.unimed.com.br>>. Acesso em fevereiro de 2004.

VIANA, J. F. M. 2003. *A especificidade do seguro saúde frente ao modelo tradicional de seguro após a nova concepção trazida pelo marco regulatório*. Rio de Janeiro: ANS. Temas em Saúde Suplementar. Mimeo.

VIANA, A. L. A. *et al.* 2000. A regulamentação da assistência médica suplementar no Brasil. Nota Técnica 3. In *Modelos de regulação e análise do caso brasileiro*, p. 40-50, Rio de Janeiro: ANS.

ANEXOS

CARTA PARA AS INSTITUIÇÕES

Rio de Janeiro, Março de

2004

Prezado Sr (a)

Encaminho a V.S^a questionário que integra a pesquisa sobre "Adaptação das Operadoras de Planos de Saúde ao Plano de Contas Padrão da ANS", tema da Dissertação de Mestrado de Olavo Ribeiro Salles, mestrando em Regulação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em parceria com a Fundação Getúlio Vargas (FGV).

A pesquisa tem a finalidade de abordar aspectos relevantes em relação à adaptação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde consideradas de pequeno porte (até 20.000 beneficiários) ao Plano de Contas Padrão da ANS estabelecido pela RDC n° 38, de 30 de outubro de 2000 (com alterações posteriores). Como este Plano de Contas vem passando por revisões anuais, espera-se que os resultados e conclusões da tese possam ser levados em consideração em alterações futuras.

Desejo salientar que os objetivos da investigação são puramente acadêmicos, e as informações fornecidas não serão analisadas isoladamente, pois o tratamento da base de dados será feito de forma global.

Seria muito importante que o questionário fosse preenchido pelo responsável (gerente, chefe ou supervisor) do setor contábil da Operadora.

Finalmente gostaria agradecer, desde já, a sua valiosa colaboração, cujos resultados V.S^a receberá informação pontual.

Atenciosamente

Olavo Ribeiro Salles

Obs.: Quaisquer esclarecimentos, por gentileza contatar olavosalles@click21.com.br

**QUESTIONÁRIO SOBRE A ADAPTAÇÃO DAS OPERADORAS
AO PLANO DE CONTAS PADRÃO DA ANS
(RDC n° 38 de 2000 E ALTERAÇÕES POSTERIORES)**

Nome da Operadora:

Endereço:

**É DESEJÁVEL QUE O QUESTIONÁRIO SEJA PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL
PELA ÁREA CONTÁBIL**

A) Questões referentes ao perfil do pesquisado e da Operadora.

Favor preencher os campos no lado direito de cada questão, utilizando o item correspondente:

1) Qual a modalidade da Operadora, conforme a RDC n° 39, de 30 de outubro de 2000 (e alterações posteriores)?

1. Medicina de Grupo.
2. Cooperativa Médica.
3. Filantropia.
4. Autogestão não patrocinada.

2) Número de beneficiários que a Operadora possui:

1. Até 1000.
2. De 1000 até 5000.
3. De 5000 até 10.000.
4. De 10.000 até 15.000.
5. De 15.000 até 20.000.

3) Qual o tempo de existência da Operadora.

1. Até 3 anos.
2. De 3 até 5
3. De 5 até 10
4. Acima de 10 anos.

4) Qual a segmentação, conforme a RDC n° 39, de 2000 (com alterações posteriores)?

1. Segmento Primário Principal - SPP.
2. Segmento Primário Subsidiário - SPS.
3. Segmento Secundário Principal - SSP.
4. Segmento Secundário Subsidiário - SSS.
5. Segmento Terciário - ST.

5) Sobre os serviços contábeis da Operadora.

1. São próprios.
2. São terceirizados.

B) Questões referentes às Normas Básicas (Capítulo I do Anexo II da RDC n° 38 e alterações posteriores)

Em relação às perguntas apresentadas abaixo, informe usando escala de 0 a 5, sendo:

- | | |
|--------------|---------------|
| 0 - Péssimo | 3 - Bom |
| 1 - Ruim | 4 - Muito Bom |
| 2 - Razoável | 5 - Excelente |

6) A estrutura do plano geral de codificação é clara, precisa e permite os desdobramentos de contas necessários?

- 7) O conceito de conta de produto foi facilmente compreendido?
- 8) Os conceitos de fato gerador da receita e da despesa são claros?
- 9) O conceito de rede própria é claro e foi entendido sem dificuldade?
- 10) O conceito de evento conhecido é claro e foi entendido sem dificuldade?
- 11) O Digrafograma das Operações é facilmente compreensível?
- 12) Os critérios de avaliação e apropriação contábil foram de fácil assimilação?

**C) Questões relativas à função e funcionamento das contas.
(RDC n° 38 e alterações posteriores) Utilize a mesma escala de 0 a 5 cima mencionada.**

Em relação ao título da conta:
O título da conta é claro?

Em relação à função da conta
A função da conta é bem definida, não admitindo confusão entre contas?

Em relação ao funcionamento da conta:
O funcionamento da conta é facilmente compreensível?

13) Provisão Técnica de Assistência (Médico-Hospitalar/Odontológica):

Título da conta.

Função da conta.

Funcionamento da conta.

14) Eventos a Liquidar de Operações de Assistência(Médico Hospitalar/Odontológica):

Título da conta.

Função da conta.

Funcionamento da conta.

15) Contraprestações Emitidas de Assistência(Médico-Hospitalar/Odontológica):

Título da conta.

Função da conta.

Funcionamento da conta.

16) Variação da Provisão Técnica de Assistência(Médico-Hospitalar/Odontológica):

Título da conta.

Função da conta.

Funcionamento da conta.

17) Recuperação/Ressarcimento de Eventos Indenizados de Assistência Médico-Hospitalar:

Título da conta.

Função da conta.

Funcionamento da conta.

D) Questões referentes à adaptação da área de sistemas.

Favor preencher os campos no lado direito de cada questão, utilizando o item correspondente:

18) Após a publicação da RDC n° 38, de 2000(e alterações posteriores) a Operadora:

1. Iniciou a utilização de software contábil;
2. Substituiu o software contábil;
3. Continua sem utilizar software contábil (os registros não são informatizados).

Caso a Operadora não utilize software contábil, as razões são:

1. Custo considerado elevado;
2. Falta de pessoal qualificado;
3. O responsável pela área contábil não acha necessário;
4. Outras Razões. Qual?

E) Questões referentes ao impacto no relacionamento com prestadores de serviço.

19) Qual o intervalo que melhor representa o percentual de prestadores de serviço que estão enviando os relatórios, para aprovação de despesas, de acordo com os desdobramentos em subcontas (exames e terapias, consultas e honorários) necessários para atender a RDC 38, de 2000(e alterações posteriores)?

1. Inferior a 10%.
2. 10 a 20%.
3. de 21 a 40%.
4. de 41 a 60%.
5. de 61 a 80%.
6. de 81 a 100%.

F) Questão referente à avaliação do impacto da norma na atuação e qualificação profissional do Contador. (RDC n° 38 e alterações posteriores))

20)Ocorreu troca de Contador, após a implantação da norma contábil.

1. Sim.
2. Não.

Em caso positivo, assinale a razão:

1. A troca ocorreu por um profissional especializado em contabilidade de Operadoras de planos de assistência à saúde;
2. A troca ocorreu por um profissional com melhor formação acadêmica;
4. A troca ocorreu por um profissional que cobrava honorários mais baratos.
3. Outras Razões. Qual? _____

21) O plano de Contas Padrão facilitou a elaboração de relatórios financeiros para a tomada de decisão?

1. Sim.
2. Não.

G) Implantação da Norma.
(RDC n° 38 e alterações posteriores))

22) Informar o investimento para implantação do Plano de Contas Padrão (software, hardware, treinamento, contratação de mais pessoas) em percentual relativo às Contraprestações Efetivas Anuais?

H) Questões Abertas.

23) Algum evento econômico-financeiro relevante não foi retratado no Plano de Contas Padrão?
(RDC n° 38 e alterações posteriores))

1. Sim.
2. Não.

24) Caso a resposta tenha sido positiva, informe qual o foi o evento econômico financeiro não informado.

25) Você teria alguma sugestão para o aprimoramento dessa norma contábil, em especial para facilitar a sua compreensão?
