

UMA ANÁLISE COMPARATIVA DAS CINCO MAIORES OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR E AS TENDÊNCIAS PARA O SETOR

Autores: Leonardo Bastos Ávila
Centro Universitário Newton Paiva
Eliane Gomes Amorim
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RESUMO:

Este trabalho tem por finalidade realizar uma comparação quantitativa das cinco maiores operadoras de saúde suplementar atuantes no sistema de saúde brasileiro, tendo como referência dados de 2015 e 2016. A análise avalia perfil de beneficiários e situação econômica das empresas pesquisadas, e com base nos resultados obtidos enfatiza possíveis tendências assinaladas para o setor. Evidencia o atual perfil dos beneficiários, bem como tipos de coberturas contratadas. Debate sobre a gestão destas operadoras em questão, face as mudanças impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e situação macroeconômica do país. A queda dos planos individuais em detrimento dos planos empresariais, assim como as causas atuariais destas mudanças. Por fim, análise questões relacionadas a gestão sinalizando a necessidade de estudos aprofundados para melhor entender fatores determinantes da dinâmica do setor.

Palavras chave: Operadoras de planos de saúde suplementar; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Gestão em operadoras de saúde suplementar.

1. INTRODUÇÃO

A atuação das operadoras de planos de saúde suplementar oriunda do desenvolvimento econômico do país, mais especificamente ao início da urbanização, da industrialização, do crescimento da renda e do emprego formal. Mais precisamente na década de 50, a partir do surgimento da indústria automobilística no ABC Paulista, a primeira empresa de medicina de grupo surge em 1957 para prestar serviços aos colaboradores da Volkswagen que inaugurava sua fábrica em São Bernardo do Campo.

Neste entreposto de tempo a medicina assistencial passava por profundas modificações com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que posteriormente viria a se transformar Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1990 para dar lugar ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira cooperativa de trabalho na área da saúde – a união dos médicos – UNIMED foi criada na cidade de Santos/SP em 1967. Em meados da década de 80 as seguradoras Bradesco e Sul América iniciaram suas atividades no segmento, todas na reguladas pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) subordinada ao Ministério da Fazenda.

Hoje, o mercado de saúde suplementar é composto pelos planos privados (oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado) e por planos vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar, todos regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os planos privados de assistência à saúde possuem duas grandes segmentações: planos de assistência médica (que podem incluir assistência hospitalar, ambulatorial e odontológica) e planos exclusivamente odontológicos. Este trabalho tem por objetivo analisar a situação atual do mercado de operadoras de planos de saúde. Os planos exclusivamente odontológicos não são objeto de análise nesse trabalho.

Ainda nesta parte, expõe-se fatos e dados referentes à regulamentação do setor e à criação da ANS. Na segunda, são analisados aspectos relativos a situação atual do mercado no que tange aos beneficiários e as operadoras de saúde objetos da pesquisa e a metodologia de pesquisa adotada e, por fim, a análise comparativa associadas as mudanças impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e possíveis tendências sinalizadas na análise.

O sistema de saúde complementar não estava normatizado e regulado, estando sob a tutela da SUPEP. Com o advento da Lei nº 9.656/98 que passou a regular e normatizar o setor sob duas premissas: a econômico-financeira que se pautava em regras prudenciais (condições de entrada, funcionamento e saída do mercado no que tange requisitos operacionais e garantias financeiras), e a assistencial (criação do plano de referência, cuja oferta é obrigatória compreendendo partos e tratamentos das doenças classificadas no Código Internacional de Doenças – CID), que criava normas referentes ao produto ofertado. Até então as operadoras de planos de saúde atuavam ao livre arbítrio do mercado e de acordo com critérios próprios. Após tal regulação inicial pelo então CONSU, por meio da Lei 9.961/00 foi criada a Agência Nacional de Saúde (ANS) com finalidade de fazer com as operadoras cumprissem as normatizações, regulações e padronização de contratos sob a ótica do consumidor de que tratava a Lei nº 9.656/98. Tais controles ao longo do tempo provocaram estatísticas pouco animadoras, impactando diretamente a operação como um todo. Este controle restritivo conforme LEAL (2015) impactou de tal forma que os reajustes

permitidos por lei acumulados de 2000 a 2015 foi de 220,8%, tendo um IPCA acumulado de 147,2% com uma variação da despesa assistência de 324,6%. Tais números corroboram que o setor vem passando por uma asfixia comprovada por dados da ANS onde o total de liquidações extrajudiciais decretadas atingiram o total de 226 operadoras até a presente data.

2. BENEFICIÁRIOS E OS GRANDES PLAYERS DO MERCADO

Para o presente trabalho, foram utilizados dados públicos oriundos dos sistemas de informações de beneficiários, de operadoras, todos sob a gestão da ANS. Os termos relacionados aos beneficiários, operadoras e planos são os definidos pelas normas que regulam o setor. São destacadas a seguir algumas definições importantes utilizadas nesta pesquisa. Por beneficiários, compreende-se os vínculos a planos de saúde. O Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) registra vínculos aos planos, sendo, portanto, o número de vínculos de beneficiários um pouco maior que o número de indivíduos. Os planos privados de saúde podem ser contratados individual ou coletivamente. O contrato individual é assinado entre um indivíduo e uma operadora para a assistência do titular do plano e de seus dependentes, enquanto que o contrato coletivo é o assinado entre uma pessoa jurídica e a operadora para a assistência dos empregados, funcionários e dependentes, sejam ativos ou inativos, ou de sindicalizados e associados da pessoa jurídica contratante. Os contratos coletivos podem ser empresariais ou por adesão; nos primeiros, o ingresso é automático no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica contratante, no segundo tipo, a adesão é opcional. Quanto à época de contratação, os planos podem ser posteriores à Lei nº 9.656/98, chamados de planos novos, e podem ser antigos, ou seja, anteriores à regulamentação não sujeitos ao escopo da regulação realizada pela ANS. As operadoras estão organizadas em modalidades, segundo seu estatuto jurídico:

- . Autogestão: entidades de atividades econômicas outras que não a saúde, que operam serviços de assistência à saúde, em rede própria ou de terceiros, destinados, exclusivamente, a seus empregados e dependentes;
- . Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos, caracterizadas por cooperativismo de profissionais médicos, conforme o disposto na Lei nº 5.764/71, que estabelece a Política Nacional de Cooperativismo;
- . Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social; Seguradora especializada em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde;
- . Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

Atualmente o mercado de operadoras de planos de saúde suplementar possui um universo de 48,5 milhões de beneficiários. Sendo um total de 804 operadoras ativas. Deste universo de beneficiários 9,5 milhões são referentes a contratos individuais ou familiar; e todo o restante em contratos coletivos, sendo 32,1 milhões em contratos empresariais e 6,9 milhões em contratos por adesão.

Para identificar as operadoras objeto desta pesquisa foi utilizado como parâmetro de identificação o número de beneficiários atendidos, independentemente do tipo de contratação do plano de saúde.

Então define-se como os grandes *players* do mercado por número de beneficiários o apresentado na tabela abaixo:

Operadora	Nº de Beneficiários
Amil Assistência Médica Internacional	3.962.469
Bradesco Saúde	3.948.152
Hapvida Assistência Médica	1.976.501
Sul América Companhia de Seguro Saúde	1.763.129
Notre Dame Intermédica Saúde	1.623.430

Fonte: ANS – Base 2015.

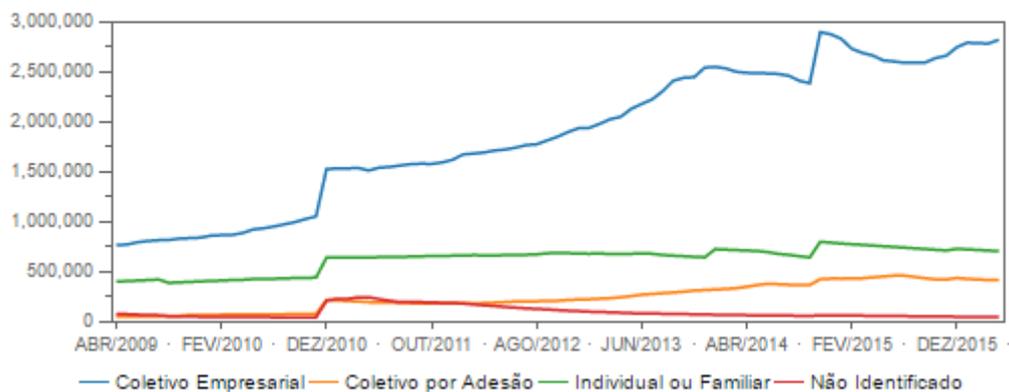
A seguir por unidade de estudo acima descrita, apresentamos dados referente ao perfil dos beneficiários e dados referente ao último balanço patrimonial divulgado.

AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A



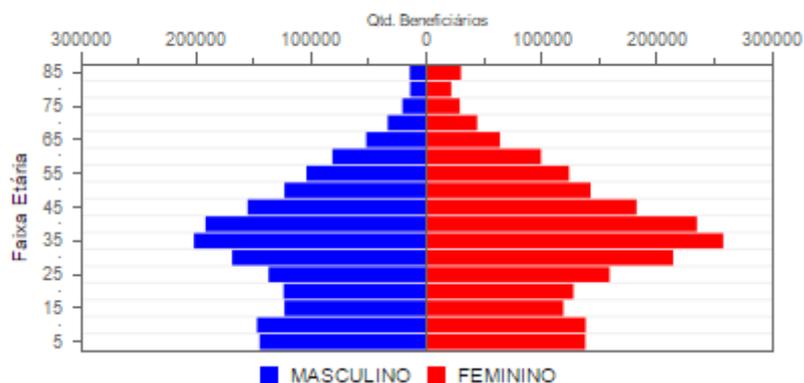
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Evolução dos beneficiários por tipo de contratação do plano



Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Distribuição dos beneficiários por faixa etária



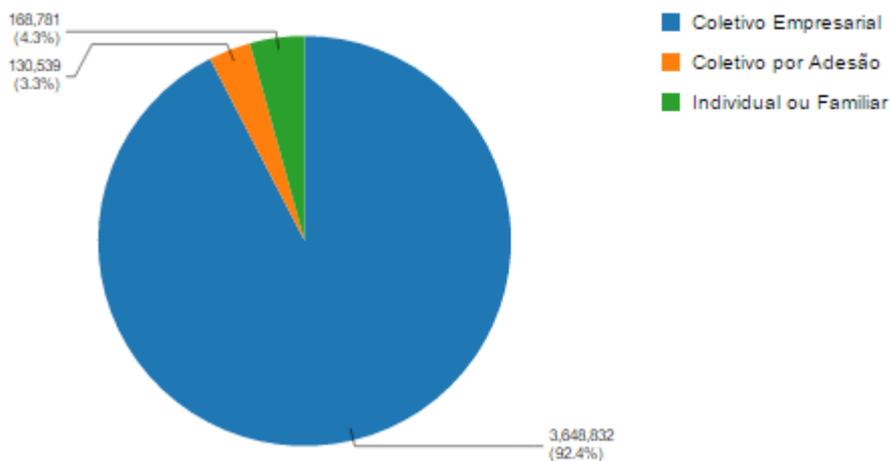
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Balanços e posição de provisões técnicas e ativos garantidores(R\$).			
Ativo circulante :	2.916.935.808,49	Passivo circulante :	2.891.496.711,60
Ativo não circulante :	8.389.254.831,66	Passivo não circulante :	1.994.350.349,30
		Patrimônio líquido :	6.420.343.579,25
Total do ativo :	11.306.190.640,15	Total do Passivo :	11.306.190.640,15
Total de provisões técnicas : 2.066.131.694,02			
Ativos garantidores prov. técnicas : 1.175.643.655,85			

Fonte: ANS – Base mês 4º tri/2015.

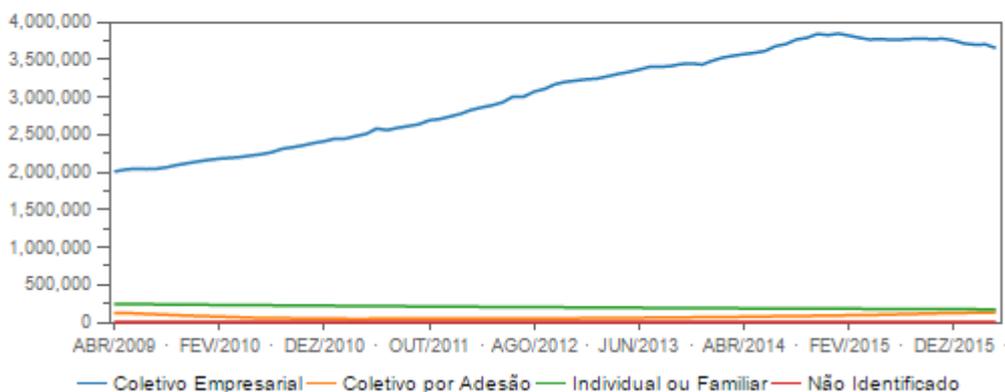
BRDESCO SAÚDE S/A

Beneficiários por tipo de contratação



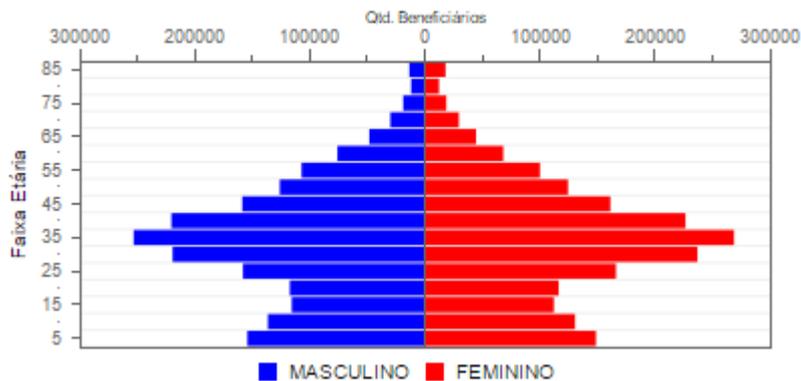
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Evolução dos beneficiários por tipo de contratação do plano



Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Distribuição dos beneficiários por faixa etária



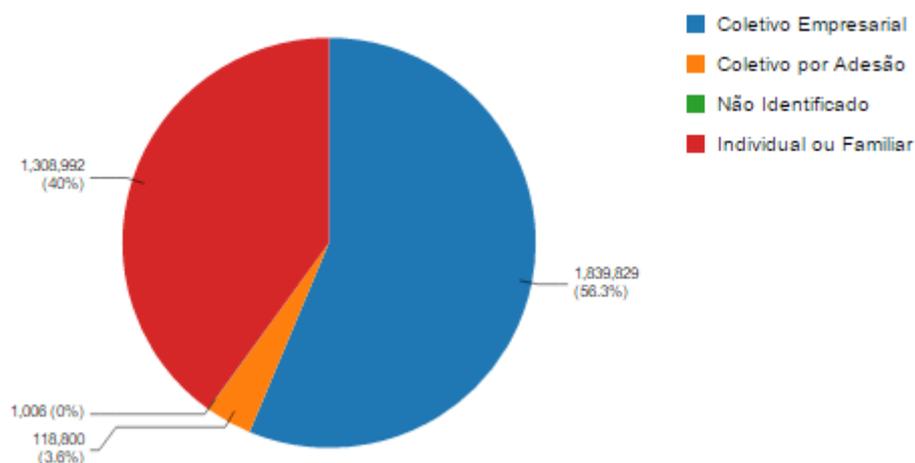
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Balanços e posição de provisões técnicas e ativos garantidores(R\$).			
Ativo circulante :	3.968.520.788,26	Passivo circulante :	4.972.251.415,36
Ativo não circulante :	9.906.042.958,56	Passivo não circulante :	4.278.730.904,13
		Patrimônio líquido :	4.623.581.427,33
Total do ativo :	13.874.563.746,82	Total do Passivo :	13.874.563.746,82
Total de provisões técnicas : 6.668.724.047,99			
Ativos garantidores prov. técnicas : 6.621.699.736,55			

Fonte: ANS – Base mês 4º tri/2015.

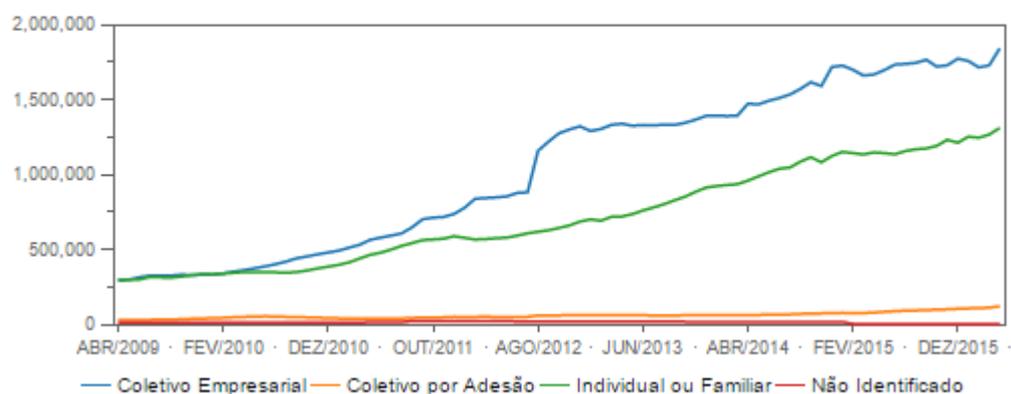
HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

Beneficiários por tipo de contratação



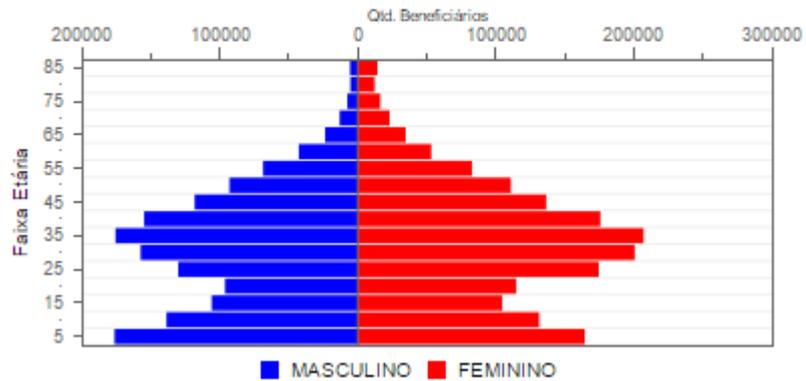
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Evolução dos beneficiários por tipo de contratação do plano



Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Distribuição dos beneficiários por faixa etária



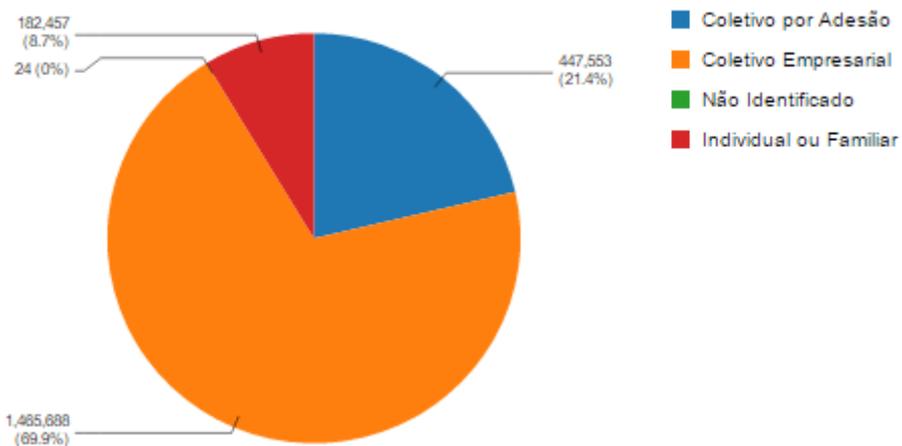
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Balancos e posição de provisões técnicas e ativos garantidores(R\$).			
Ativo circulante :	1.005.249.906,10	Passivo circulante :	553.392.883,10
Ativo não circulante :	64.812.270,77	Passivo não circulante :	48.989.228,93
		Patrimônio líquido :	467.680.064,84
Total do ativo :	1.070.062.176,87	Total do Passivo :	1.070.062.176,87
Total de provisões técnicas : 431.056.270,65			
Ativos garantidores prov. técnicas : 209.350.101,02			

Fonte: ANS – Base mês 4º tri/2015.

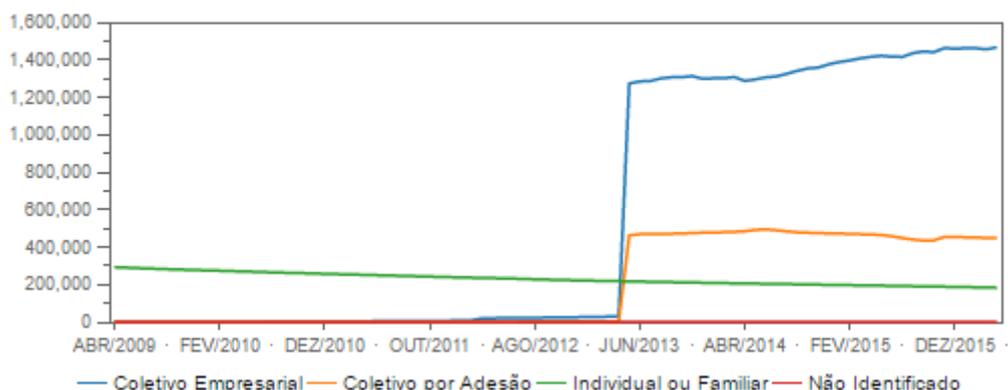
SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

Beneficiários por tipo de contratação



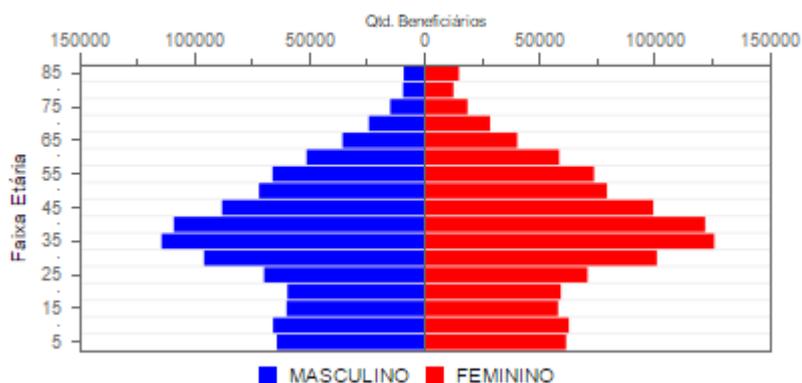
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Evolução dos beneficiários por tipo de contratação do plano



Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Distribuição dos beneficiários por faixa etária



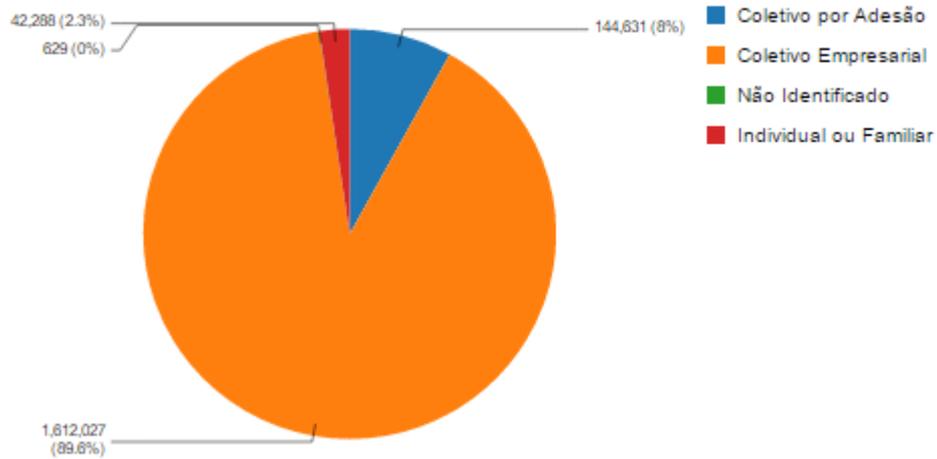
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Balances e posição de provisões técnicas e ativos garantidores(R\$).			
Ativo circulante :	3.991.424.110,44	Passivo circulante :	2.569.414.876,58
Ativo não circulante :	3.263.164.755,59	Passivo não circulante :	1.116.012.089,40
		Patrimônio líquido :	3.569.161.900,05
Total do ativo :	7.254.588.866,03	Total do Passivo :	7.254.588.866,03
Total de provisões técnicas : 2.141.646.763,52			
Ativos garantidores prov. técnicas : 2.121.015.587,89			

Fonte: ANS – Base mês 4º tri/2015.

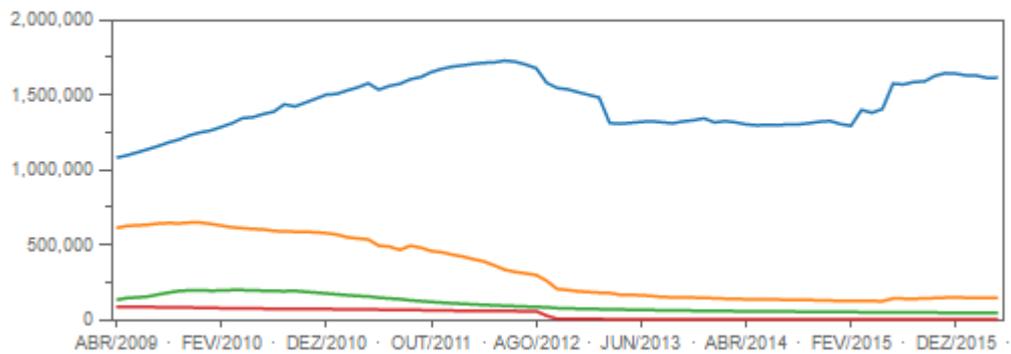
NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE

Beneficiários por tipo de contratação



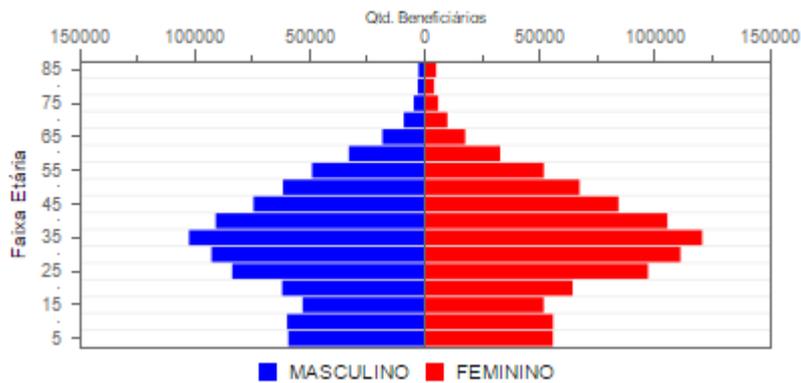
Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Evolução dos beneficiários por tipo de contratação do plano



Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Distribuição dos beneficiários por faixa etária



Fonte: ANS – Base mês 04/2016.

Balancos e posição de provisões técnicas e ativos garantidores(R\$).			
Ativo circulante :	792.165.113,18	Passivo circulante :	664.270.682,76
Ativo não circulante :	1.118.636.430,45	Passivo não circulante :	422.208.466,25
		Patrimônio líquido :	824.322.394,62
Total do ativo :	1.910.801.543,63	Total do Passivo :	1.910.801.543,63
Total de provisões técnicas : 421.169.081,01			
Ativos garantidores prov. técnicas : 200.785.496,03			

Fonte: ANS – Base mês 4º tri/2015.

3. METODOLOGIA

Caracterizar os limites de uma pesquisa, é requisito básico para delimitação de seu escopo. A delimitação de uma pesquisa é estabelecer limites para a mesma (MARCONI; LAKATOS, 1999).

O universo de uma pesquisa é definido por Silva (2006) como um conjunto de elementos que possuem em comum pelo menos uma característica. Neste sentido, a metodologia adotada para se atingir o objetivo proposto foi através da abordagem exploratória. Ainda segundo Gil (1999), pesquisas exploratórias são importantes, pois possuem a finalidade de esclarecer, desenvolver e modificar conceitos e ideias, bem como formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores.

Na mesma linha de raciocínio, Andrade (1999), pondera que uma pesquisa exploratória é também utilizada para agregar informações sobre um determinado tema com a finalidade de definir objetivos, formular hipóteses ou descobrir novos enfoques a serem investigados. Ainda sobre pesquisas exploratórias, Vergara (2003) considera que, dada sua natureza, elas não comportam hipóteses iniciais, mas que podem surgir ao longo da realização da pesquisa. Esta abordagem metodológica apropriada para fornecer uma interpretação plausível sobre os padrões de relações entre os diversos indicadores de desempenho utilizados pelas empresas investigadas.

Como afirma Bendix (1963), comparar é uma atividade essencial do processo cognitivo na busca do entendimento de certas regularidades dos eventos. Já para Sartori (1994), o que melhor caracteriza a comparação é a possibilidade de controlar a hipótese formulada. Diante de um conjunto de hipóteses plausíveis, apenas a comparação permite defender uma hipótese mais do que outra graças ao controle de mais casos. De um modo geral, a estratégia comparativa permite, por meio da exploração das semelhanças e diferenças, encontrar os princípios de variação de um determinado fenômeno ou os padrões mais gerais de um fenômeno em um grau maior de abstração (TILLY, 1984).

Quando a relação entre variáveis é a mesma em diferentes sistemas, o número de características sistêmicas que operam sobre a variável resposta é reduzido. No referido estudo, isso aumenta a validade externa do construto teórico, propiciando uma maior robustez, com um grau maior de generalização. Além disso, a comparação permite aprender com as experiências dos outros (DOGAN; KAZANCIGI, 1994).

Sendo esta pesquisa de características exploratórias, ela não possui hipótese de pesquisa e nem pergunta de partida, Gil (2002). Para a obtenção dos dados correlacionados a amostra investigada, a fonte referencial utilizada foi o cadastro de empresas disponibilizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) onde estão relacionadas as cinco empresas com maior número de beneficiários com operações no Brasil.

4. ANÁLISE COMPARATIVA DOS DADOS OBTIDOS

No que se refere a beneficiários foram obtidos dados referente a beneficiários por tipo de contratação, evolução dos beneficiários por tipo de contratação do plano e distribuição dos beneficiários por faixa etária.

Para melhor entendermos as análises vamos caracterizar cada tipo de plano. Para isso remetemos ao conceito de aversão ao risco. Para um indivíduo é preferível realizar o pagamento de uma mensalidade a uma operadora de plano de saúde transferindo os riscos com tratamento médico, em detrimento de arcar com um gasto elevado em determinado momento de sua vida comprometendo suas finanças pessoais ou poupança acumulada ao longo dos anos. Este comportamento é o que caracteriza a demanda e consequentemente os planos individuais ou familiares.

Já a demanda coletiva empresarial que caracteriza este tipo de plano fundamenta-se na preocupação do empregador em manter seus colaboradores saudáveis, otimizando os níveis de produtividade e satisfação dos mesmos. No que se refere aos coletivos por adesão, que assim como o coletivo empresarial é uma relação entre duas pessoas jurídicas diferenciado do empresarial por ser vinculado a relações classistas ou setorial, como sindicatos, entidades de classe, conselhos profissionais dentre outros.

Beneficiários por tipo de contratação:

Na operadora Amil Assistência Médica Internacional os contratos se caracterizam por uma concentração maior em coletivos empresariais (71%), individuais ou familiar (17,6%) e coletivos por adesão (10,4%).

Referindo-se a operadora Bradesco Saúde os contratos se caracterizam por uma forte concentração em coletivos empresariais (92,4%); tendo contratos coletivos por adesão (3,3%) e individuais ou familiar (4,3%) com pequena participação no portfólio da mesma.

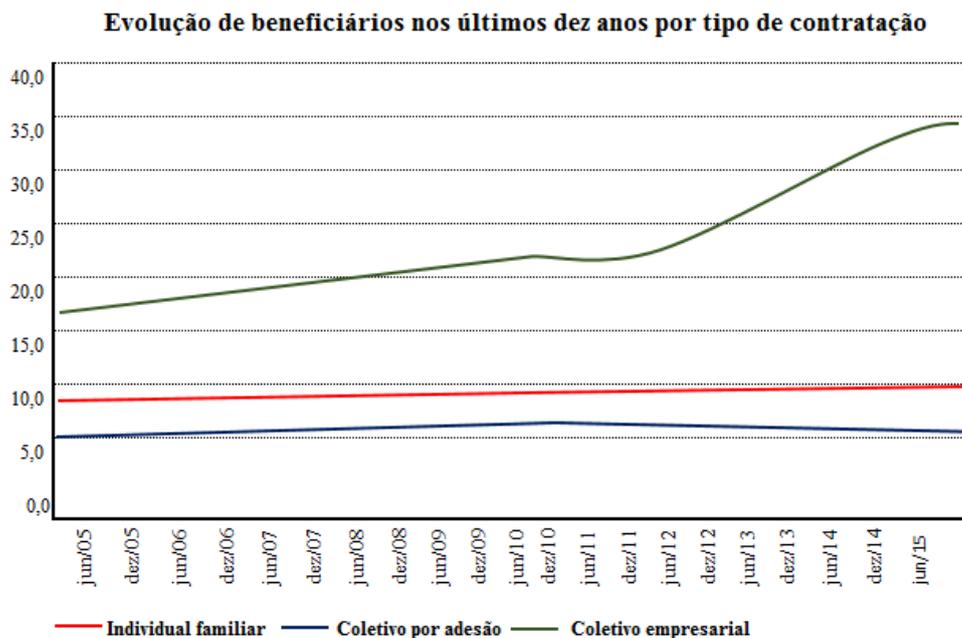
Na operadora Hapvida Assistência Médica já podemos verificar um equilíbrio entre contratos coletivos empresariais (56,3%) e contratos individuais ou familiares (40%). Tendo a participação de contrato coletivos por adesão (3,6%).

A Sul América Companhia de Seguro Saúde possui grande concentração em contratos coletivos empresariais (69,9%), tendo contratos coletivos por adesão (21,4%) e contratos individuais ou familiares (8,7%).

Finalizando a Notre Dame Intermédica Saúde caracteriza-se por forte concentração em contratos coletivos empresariais (89,6%); tendo contratos coletivos por adesão (8%) e contratos individuais ou familiares (2,3%) com pequenas participações no portfólio da empresa.

Evolução dos beneficiários por tipo de contratação do plano:

Observa-se então que ao analisarmos os grandes *players* do mercado a ênfase dada é em planos coletivos. Tão ênfase explica-se no gráfico abaixo onde pode verificar a evolução por cada tipo de produto contratado nos últimos dez anos.



Fonte: Sistema de informação de beneficiários – SIB/Tabnet/ANS – Extraído em 19/05/16.
Elaboração dos autores.

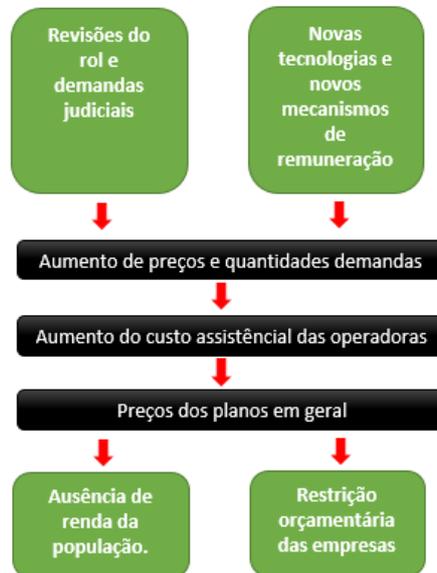
Pode-se observar o crescimento da contratação dos planos coletivos, enfatizando notoriamente os planos coletivos empresariais. De acordo com Cechin *et al* (2012), este crescimento foi provocado principalmente pela expansão do emprego e da renda na última década. Ainda segundo o autor esta expansão aconteceu no setor terciário, principalmente nas regiões Norte e Nordeste nas pequenas e médias empresas.

Dado o atual momento econômico, espera-se uma queda expressiva nesta expansão principalmente em função dos altos índices de demissões e fechamento de empresas registrados no 2º semestre de 2015 e ao longo de 2016 conforme dados do IBGE.

Ainda discorrendo sobre as análises acima, agravadas pelo atual cenário macroeconômico brasileiro, temos o conceito de VCMH (Variação dos custos médico-hospitalares) ou inflação médica. Partindo deste conceito citado, a análise de Alves (2014) já mensurava um choque entre operadoras, população e empresas. No que se refere as operadoras o mesmo discorre sobre fatores que a influenciam a pressão de custos ocasionados por:

- Revisões periódicos do rol de coberturas pela ANS e demandas judiciais recorrentes do aumento das coberturas em função do aumento deste rol;
- Novas tecnologias incorporadas e necessidades incrementais de novos mecanismos de remuneração do sistema.

Por parte da população o decréscimo da renda real nos últimos 18 meses, gerando menor renda disponível; e por parte das empresas as restrições orçamentárias decorrentes deste período nos remetem a novas formas de repensar o atual modelo, podendo ser entendido pela figura abaixo:



Fonte: Adaptado de Alves, autores (2016).

Distribuição de beneficiários por faixa etária:

Partindo da premissa de que todos os players objeto desta pesquisa possuem um portfólio predominado por planos coletivo por adesão e coletivo empresarial, e principalmente pela análise dos gráficos de cada o efeito “envelhecimento populacional” no curto e médio prazo talvez não onere ainda mais a operação conforme Camarano et al (2014).

Entretanto partindo de análises financeiras corroboradas por Assaf Neto (2009) a metodologia de avaliação de uma empresa em continuidade, ou se valor econômico é o resultado da soma de dois períodos: valor presente dos fluxos de caixa operacionais previstos mais o valor presente de caixa operacionais dos períodos não previsíveis. Neste sentido, nota-se uma dificuldade de prever a perpetuidade não somente das empresas objetos do estudo, mas também de todo o sistema de saúde suplementar levando-se em consideração o fator envelhecimento que diversos debates sobre os seus efeitos sobre o sistema.

Neste contexto há três hipóteses que podem ocorrer isoladamente ou concomitantemente e que podem comprometer o sistema, a saber conforme Araújo (2015):

- Despesas de saúde substanciais ocorrem nos poucos meses que antecedem o falecimento. Ocorrendo este efeito os impactos serão minimizados.
- Aumentando-se a longevidade prolongam-se as doenças antes do óbito, ganhar-se-iam anos sem qualidade de vida. Neste caso eleva-se as despesas de saúde.
- E o efeito neutro, onde a longevidade seria distribuída entre anos com e anos sem qualidade de vida, equilibrando gastos com saúde.

Há países que possuem cada uma das hipóteses citados. Os países que já possuem alta expectativa de vida, notadamente os desenvolvidos, prevalece a hipótese do efeito neutro. Mas a países que como o Brasil possuem um aumento rápido da expectativa de vida sem qualidade de vida; e nestes prevalece a hipótese elencado no início de aumento das despesas de saúde.

Balancos e posição de provisões técnicas e ativos garantidores:

O principal objetivo da ANS é garantir ao consumidor a continuidade da prestação de assistência à saúde. Esta garantia também está associada à situação econômico-financeira das OPS, principalmente em relação à solvência dessas instituições.

Segundo Salles (2004, p.17): “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.” A esse respeito, a ANS implantou um Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e criou o indicador IDSS - Índice de Desempenho de Saúde Suplementar. O indicador é composto por quatro dimensões de qualidade: atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários.

Essas informações são a base para a ANS, monitorar e controlar a situação econômico-financeira das OPS. Segundo Cardoso (2005, p. 60), das informações econômico-financeiras enviadas pelas OPS à ANS, se ficar constatada a “saúde financeira”, a OPS pode continuar operando normalmente. Se a análise constatar um “desvio leve”, a OPS passa a ser acompanhada com rigor, podendo ser chamada a apresentar um “Plano de Recuperação” (submetido à aprovação da ANS), por meio do qual a operadora se compromete a reverter e estabilizar sua situação econômico-financeira, nos prazos e da forma por ela estabelecidos, e a operadora fica obrigada a apresentar seu balancete mensalmente. Caso seja constatado um “desvio grave”, a operadora fica sujeita a procedimentos simultâneos que, em conjunto ou separadamente, visam reestruturar a operadora.

De acordo com Catelli (2001, p. 196), o ato de avaliar, em um sentido genérico, “[...] é o exercício da análise e do julgamento sobre qualquer situação [...], implica consequências, que podem ser positivas ou negativas [...]”. A avaliação serve como instrumento para feedback ou retorno na forma de conceito em relação aos objetivos ou expectativas preestabelecidas. Ainda para Catelli (2001, p.198), “[...] o termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de se atribuir valor, sendo que valor pode ser entendido num sentido qualitativo (mérito, importância) ou num sentido quantitativo (mensuração).”

Matarazzo (2003) defende que trabalhar com indicadores é a técnica de análise mais empregada, e sua característica fundamental é fornecer uma visão ampla da situação econômica e financeira da empresa. Para ele, os grupos de indicadores mais utilizados na avaliação de desempenho das empresas são: estrutura de capitais, liquidez e rentabilidade. (MATARAZZO, 2003, p. 145). As referências sobre os indicadores foram buscadas nos autores Matarazzo (2003), Ross *et al.* (2002), Iudícibus (1998, 1998a), Silva (2005), com ênfase principalmente em Matarazzo, considerando que a ANS o utilizou como referência.

Descreve-se a seguir sobre esses indicadores de forma sucinta, considerando que é um tema muito discutido na literatura Costa (2016), com diversas obras de referência, além das citadas.

Classificam-se em:

- Indicadores de liquidez - representam o instrumento de medida da capacidade da entidade em honrar seus compromissos de curto e longo prazo, nos casos de liquidez corrente e liquidez geral.
- Indicadores de estrutura - representam o monitoramento do grau de endividamento, o nível de imobilização, e também a capacidade financeira da entidade;
- Indicadores de rentabilidade - A lucratividade assume grande importância nas análises, dada sua relação com a sobrevivência das entidades. O indicador de rentabilidade expressa a atratividade financeira do setor, indicando se os riscos incorridos na operação estão sendo adequadamente remunerados;

Para assegurar a competitividade a redução de custos passou a ser uma estratégia fundamental. (SCHRICKEL, 1999). Portanto, fica evidenciada a importância do controle e monitoramento da questão econômico-financeira do mercado de saúde suplementar.

Conforme tabelas abaixo iremos expor os indicadores:

Operadoras	IL	IE	IR
Amil A. M. I.	1,01	0,43	1,27
Bradesco Saúde	0,80	0,66	1,23
Hapvida A. M.	1,81	0,56	2,33
Sul América C. S. S.	1,55	0,51	1,43
Notre Dame I. S.	1,19	0,57	1,34

Partindo da premissa de que o Indicador de Liquidez (IL) quanto maior é melhor, e quando inferior a 1, afirmamos que todas os *players* avaliados possuem capacidade de honrar seus compromissos de curto prazo com exceção do Bradesco Saúde.

Quanto ao indicador de estrutura quando superior a 1, significa que todos os bens e direitos da empresa, não são capazes de pagar suas obrigações logo todos os *players* estão em situação confortável, ressaltando a Amil A. M. I. que possui o menor endividamento entre eles.

Já em relação ao indicador de rentabilidade quando menor do 1 significa que os valores advindos de contraprestações não remuneram os bens e direitos da empresa. Isto quer dizer que a empresa não está obtendo rentabilidade em sua operação. No que tange aos *players* analisados todos apresentam resultados satisfatórios, enfatizando a Hapvida A. M. que está obtendo um resultando muito acima dos demais.

A avaliação em conjunto de todos indicadores indica que as empresas apresentam resultados financeiros satisfatórios, face ao mercado que vem passando por transformações e manter a saúde financeira é premissa de perenidade em qualquer segmento, ainda mais em um segmento de movimenta um mercado enorme. Ressaltando que o indicador de gastos assistenciais não estão disponibilizados pela ANS, sendo este uma limitação desta pesquisa, haja vista a importância do mesmo para uma análise com maior assertividade.

5. CONCLUSÕES E TENDÊNCIAS

O objetivo deste artigo demonstrar a situação dos cinco maiores players atuantes no sistema de saúde suplementar brasileiro, tendo como referência dados de 2015 e 2016. Avaliar perfil de beneficiários e situação econômica dos mesmos.

Os resultados das comparações obtidos dão suporte à aceitação de que manter uma carteira de clientes com faixa etária baixa, focado em planos empresariais ou coletivos e com uma gestão empresarial eficiente é pressuposto de sobrevivência.

Ao dizer sobrevivência, conforme já mencionava Coriolano (2014), ressaltamos que para se manterem no mercado os players terão barreiras de curto prazo, que é ultrapassar o atual momento econômico para que as pressões por preços diminuam e a atividade econômica em geral possa maximizar novos contratos que irão gerar novas receitas. No médio e longo prazo o maior desafio é encontrar um modelo de negócio que sustente a operação de todas as empresas no que se refere ao envelhecimento da população.

Neste cenário algumas tendências já são vistas como realidade próxima: concentração de mercado, face a dificuldade de pequenas operadoras obterem escala em suas operações; maior regulação da ANS no intuito de garantir serviços de qualidade o que corrobora o item anterior; entrada de capital estrangeiro face ao tamanho do mercado, e a necessidade de novos recursos para o sistema em geral; regular as distorções e falhas causadas pelo mercado de prestadores e insumos, enfatizando as questões das OPME's conforme Araya *et al* (2016); maior judicialização do sistema onde teremos notoriamente o encontro da economia com o direito; práticas anticoncorrenciais de cooperativas de especialidades médicas; contenção da inflação médica e a necessidade de estancar a mesma.

Estudos posteriores que abordem estas tendências mais detalhadamente poderão contribuir com esta pesquisa e maior conhecimento da dinâmica deste importante setor de atividade econômica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVES, S. L. Alguns equívocos comuns sobre saúde suplementar. Revista Caderno de Seguros, Rio de Janeiro, v. XXXIV – nº 181, págs. 50-54, 2014.
- ARAUJO, I. M. M. Direito a saúde: Aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e privatização da saúde, Revista de Direito Sanitário, vol. 16, nº 1, p. 128-145, mar. /jun. 2015.
- ARAYA, A. M. P.; CHUPEL, J. S.; CARVALHO, D. R.; DELLAGASSA, M. R.; IOSHII, S. O. Sistema Inteligente para apoio em Auditoria de Contas Médicas. Journal of Health Informatics. v. 8, nº 2. 2016.
- ASSAF NETO, Alexandre. Finanças corporativas e valor. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2009.
- ANDRADE, M.M. Introdução à metodologia do trabalho científico. 4ed. São Paulo: Atlas. 1999.
- ANS (2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> Acesso em 01 maio. 2016.
- ANS (2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis> Acesso em 16 maio. 2016.
- ANS (2016). Disponível em <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> Acesso em 12 maio. 2016.

- BENDIX, Reinhard. Concepts and generalizations in comparative sociological studies. *American Sociological Review*, Vol. 28, n. 4, Aug., p. 532-539, 1963.
- CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Textos para discussão*: IPEA. 2014.
- CARDOSO, Ricardo Lopes. Regulação econômica e escolhas de práticas contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro. São Paulo, 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo - FEA/USP.
- CATELLI, Armando. *Controladoria: uma abordagem de gestão econômica – GECON*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- CECHIN, J.; ALVES, S. L. Os Novos Consumidores de Planos e Seguros de Saúde. *Revista Caderno de Seguro*, ano XXXII – n° 173, pág. 32-41, 2012.
- CORIOLO, M. S. A. Saúde privada no Brasil: O futuro chegou e pede reformas, *Revista Caderno de Seguro*, ano XXXII – n° 183, 2014.
- COSTA, R. A. custos operacionais e tarifas tributárias: motivo de falência das operadoras de planos de saúde? *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Vol. 10 – n° 2. 2016.
- DOGAN, M.; KAZANCIGIL, A. *Strategies in comparative research in comparing nations*. Oxford, Blackwell Publishers, 1994.
- GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas. 1999.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.
- IBGE (2016) disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default.shtm Acesso em 28 maio. 2016.
- IUDÍCIBUS, Sérgio de. *Contabilidade gerencial*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- _____. *Análise de balanços*. 7. ed. São Paulo: Atlas. 1998a.
- LEAL, S. A. *Saúde suplementar no Brasil*. 1. Ed. Funenseg. 2015.
- MATARAZZO, Dante C. *Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 1999.
- ROSS, Stephen A.; WESTERFIELD, Randolph W.; JORDAN, Bradford D. *Princípios de administração financeira*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- SALLES, Olavo Ribeiro. *Adaptação das operadoras de planos de saúde de pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS*. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado) - Fundação Osvaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP.
- SARTORI, G. *Compare why and how in Comparing nations*. Oxford: Blackwell Publishers, 1994.
- SCHRICKEL, Wolfgang Kurt. *Demonstrações financeiras – abrindo a caixa-preta*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- SILVA, José Pereira da. *Análise financeira das empresas*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- SILVA, A.C.R. da. *Metodologia da pesquisa aplicada à contabilidade*. 2. ed. São Paulo Atlas. 2006.
- TILLY, Charles. *Big structures, large processes, huge comparisons*. New York: Russel Sage Fdtn. 1984.
- VERGARA, S.C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2003.