

O IMPACTO DA RESOLUÇÃO NORMATIVA 167 SOBRE AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

PAULO WIENHAGE
UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU

FRANCISCO ANTONIO BEZERRA
UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU

RESUMO

O presente trabalho analisa o setor de saúde suplementar e os custos políticos gerados pelo processo de regulação do setor para as operadoras de planos de saúde. Os custos políticos analisados são aqueles incorridos em consequência da ação de agentes externos a empresa. O governo controla todas as ações do mercado de saúde suplementar, através de fiscalização direta da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Esta pesquisa, que analisa o eixo social da regulação, tem por objetivo identificar se a Resolução Normativa 167 gerou custos para as Operadoras de Planos de Saúde e possibilitará que o governo, as empresas atingidas e a própria sociedade conheçam os custos incorridos em função do cumprimento da RN 167. A amostra deste estudo é constituída de 50 cooperativas médicas, UNIMEDs, distribuídas nas 5 regiões brasileiras. O questionamento básico que norteou o estudo consiste em analisar a evolução dos custos assistenciais, o número de beneficiários e o custo médio por usuário no período compreendido entre 2007 e 2008. Os resultados desta investigação determinam a existência de maiores custos assistências em 2008, e que tais custos são fruto da ampliação do rol de procedimentos e eventos em saúde.

Palavras-chave: Custos políticos; Regulação; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Resolução Normativa 167.

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar sofre forte regulação do governo, através de fiscalização direta da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, neste caso por ser um serviço essencial à população, o governo tenta definir o que deve ou não ser coberto pelos planos de saúde, independente da vontade das operadoras. Vale destacar que a influência do governo visa promover o equilíbrio entre os consumidores, os agentes econômicos e o Estado, procurando que os poderes normatizador, regulador e fiscalizador da Agência sejam exercidos com independência (ARAÚJO, 2004). Soares (2006, p. 25) defende esta idéia ao afirmar que a regulação pode ser exercida pelo Estado em setores ou atividades da economia de seu interesse concomitante com a necessidade de uma população ou comunidade.

O mercado de saúde suplementar no Brasil já está regulado, mas necessita de constantes revisões para atender as necessidades das operadoras e principalmente dos usuários. A premissa fundamental deste segmento versa que a regulação é a mais perfeita forma de não interferir posteriormente, e o marco legal da saúde suplementar se deu com a Lei 9656/1988, que dispõe sobre os planos privados de assistência a saúde, instituindo o acompanhamento dos preços praticados, ampliando a cobertura assistencial e regras para o registro das operadoras.

O escopo da regulação do setor abrange três eixos fundamentais: estrutural, econômico-financeiro e social (ANS, 2009). O aspecto estrutural envolve questões vinculadas as regras de acesso para novas operadoras através da autorização de funcionamento e classificação da operadora, envio de informações, sanções administrativas, liquidação das operadoras e ressarcimento ao SUS. As questões econômico-financeiras estão voltadas ao objetivo da manutenção ininterrupta da prestação dos serviços e da qualidade destes, o equilíbrio financeiro visa à garantia da liquidez, eficiência e rentabilidade, autorização de reajustes, transferência de carteiras e responsabilização de administradores. O eixo social define quais os procedimentos que deverão ser garantidos pelas operadoras e as regras de cobertura, a abrangência dos planos, carências e questões ligadas a doenças pré-existentes

Os resultados de ações políticas geram os custos políticos que grupos externos as empresas podem ser capazes de impor a estas. Exemplos destes custos foram amplamente discutidos e analisados por Watts e Zimmerman (1986) ao evidenciarem casos de empresas que registram altos lucros e de determinados segmentos que estão vulneráveis a ação do governo e sindicatos. Vários estudos empíricos avaliam quais os impactos da regulação governamental sobre as empresas e estes definem que alguns setores da economia estão mais suscetíveis a esta regulação, o mercado de saúde suplementar é um exemplo claro, pois todas as ações devem atender a normativas impostas, muitas destas determinações geram custos políticos para as operadoras, esta pesquisa, utilizando-se da Teoria Positiva da Contabilidade, procurou avaliar os impactos das ações governamentais.

Em abril de 2008 entrou em vigor a Resolução Normativa nº167 (ANS, 2009), ampliando o padrão mínimo de coberturas dos planos de saúde, alterando o rol de procedimentos e eventos em saúde vigente até esta data, essa alteração se deu principalmente na inclusão de novos procedimentos e tecnologias, forçando as operadoras a contratarem e ofertarem aos usuários os serviços de fonoaudiólogos, nutricionistas, psicoterapeutas ocupacionais e psicólogos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar registrou, em 2008, 1.762 operadoras ativas, sendo destas 1.129 operadoras médico-hospitalares, o mercado é fragmentado e a maior concentração de operadoras, 60%, está localizada na região sudeste. As Cooperativas Médicas totalizam 345 unidades e juntas faturaram em 2008 cerca de 19 bilhões com aproximadamente 13 milhões de beneficiários (ANS, 2009).

A questão problema que surge deste estudo consiste em: Qual o custo político incorrido para as operadoras de planos de saúde suplementar em virtude da RN 167?

Esta pesquisa, que analisa o eixo social da regulação, tem por objetivo identificar se a Resolução Normativa 167 gerou custos para as Operadoras de Planos de Saúde, além de analisar a evolução dos custos assistenciais, o número de beneficiários e o custo médio por usuário no período compreendido entre 2007 e 2008, e possibilitará que o governo, as empresas atingidas e a própria sociedade conheçam os custos incorridos em função do cumprimento da RN 167. A amostra deste estudo é constituída de 50 cooperativas médicas, UNIMEDs, distribuídas nas 5 regiões brasileiras.

O presente artigo está organizado em seis sessões incluindo a introdução. A sessão dois está dedicada à apresentação dos Custos Políticos e algumas pesquisas realizadas sobre o assunto. A sessão três apresenta a regulação do governo e a RN 167. A sessão quatro apresenta a metodologia empregada e a sessão cinco faz uma análise dos resultados. A sessão seis apresenta as conclusões obtidas ao longo do artigo.

2 CUSTOS POLITICOS

Em meados dos anos 70 Watts e Zimmerman (1978) publicaram um estudo que formou a base para a Teoria Positiva da Contabilidade. Esta nova Teoria contrariava a Teoria Normativa, que imperava em todas as pesquisas até os anos 70, pois tem sua base na busca por explicar e prever a prática contábil. Através de uma abordagem empírica os autores contribuíram para formar uma nova visão da prática contábil.

Coelho e Lopes (2007) afirmam que os gestores tendem a assumir comportamentos oportunistas visando benefícios próprios, na escolha de critérios contábeis que minimizem custos contratuais, buscando a maximização do valor da empresa ou maximizando seus próprios interesses. As motivações que geram as hipóteses fundamentadas na Teoria Positiva, e que são investigadas tendo por base a perspectiva oportunística estão representadas na Figura 1.

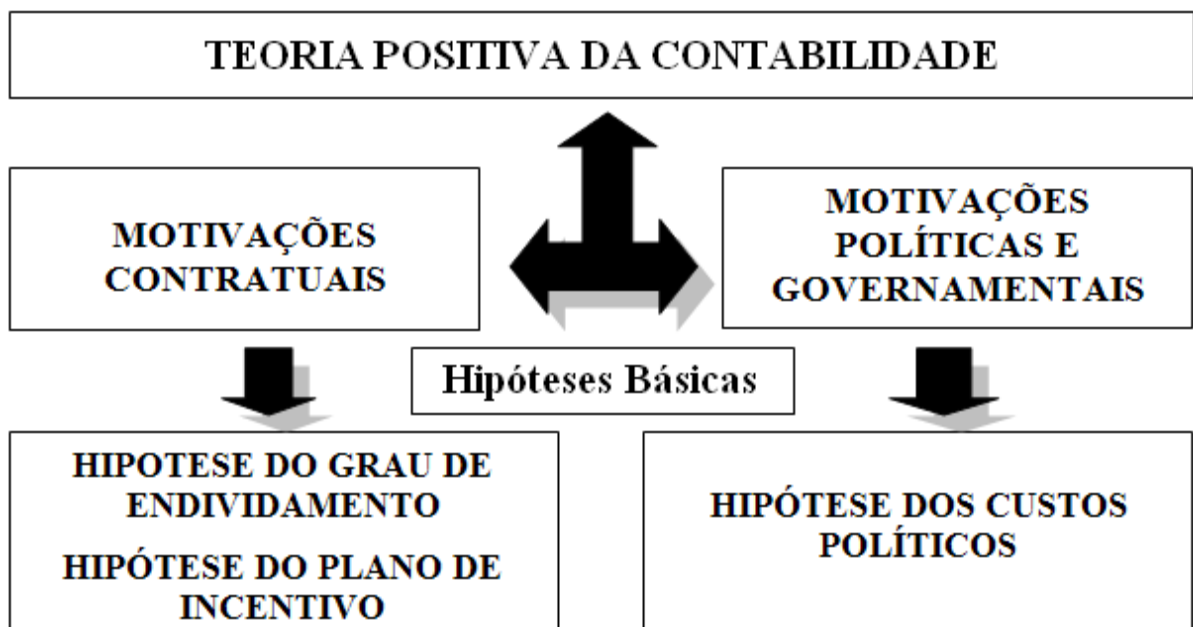


Figura 1: Hipóteses da Teoria Positiva

Fonte: Adaptado de Clemente e Cañibano (2006)

A Hipótese do Grau de Endividamento baseia-se no gerenciamento de resultados por firmas que possuem elevado endividamento a fim de apresentar lucros, através de métodos contábeis e tem por motivações bases contratuais, Coelho e Lopes (2007, p. 4) destacam que esta prática não determina que tais empresas estejam envolvidas em fraudes contábeis, porém questiona quais os objetivos dos administradores em enganar investidores e outros interessados na empresa.

Para Santos e Paulo (2006) a Hipótese do Plano de Incentivo determina que os executivos possam utilizar procedimentos contábeis convenientes aos seus interesses de remuneração, antecipando resultados de exercícios futuros.

Um dos campos de estudo que se formou a partir das pesquisas de Watts e Zimmerman foi a Hipóteses dos Custos Políticos (GILL-DE-ALBORNOZ; ILLUECA, 2005, p. 281). As investigações relacionadas à contabilidade sobre custos políticos são baseadas na Teoria Econômica de Regulação, que reconhece que o governo tem o poder de transferir riquezas entre as partes. Neste contexto Gill-de-Albornoz e Illueca (2005, p. 281) esclarecem

que a hipótese dos custos políticos determina que quanto mais uma empresa esteja sujeita a eventuais transferências de riqueza, mais provável é que os gestores adotem políticas contábeis que reduzam tal transferência.

A hipótese prevê que empresas de grande porte terão maior visibilidade política e conseqüentemente estarão mais suscetíveis a ação externa dos poderes públicos, Santos e Paulo (2006) destacam que tais empresas tendem a escolher procedimentos contábeis que poderão reduzir o lucro no presente o transferindo para o futuro, como forma de reduzir seus custos políticos. A hipótese dos custos políticos também tem sido discutida em estudos que tentam explicar os motivos da inclusão de informações sociais nos relatórios anuais, revelações sociais voluntárias (MILNE, 2002). O desejo dos administradores de evitar ou reduzir a intervenção política, por exemplo, pode influenciar também a quantidade e a natureza da evidenciação social e ambiental apresentada pelas empresas. A evidenciação pode ser um meio de impedir a intervenção política e reguladora do estado, principalmente no caso de empresas que atuam em indústrias que são sensíveis a questões políticas tais como, a indústria farmacêutica, o setor de serviços públicos e a indústria de petróleo e gás (COUTINHO, SILVA e SANCOVCCHI, 2006, p. 3).

Empresas que possuem maior visibilidade política que outras, atraem maior atenção dos poderes públicos. Assim, empresas de regulação pública podem suscitar intervenções governamentais ou do público, que podem envolver custos, (MENDES e RODRIGUES, 2007), no caso das operadoras de planos de saúde são várias as formas de controle exercidas pelo governo, seja no aspecto econômico-financeiro, estrutural ou social e desta relação empresa/poder público surgem vários custos políticos, porém neste trabalho serão analisados apenas os gerados no aspecto social, quanto ao tipo de cobertura assistencial.

Como ficou evidenciado os custos políticos são uma conseqüência da regulação externa, surgem da relação empresa poder público. O tópico a seguir conceitua a regulação exercida pelo governo sobre as empresas.

2.1 Pesquisas Anteriores

Segundo Lopes e Martins (2007) as investigações contábeis sob a forma da Teoria Positiva representavam até 1973 apenas 5% dos trabalhos publicados pelos principais *journals* americanos, a partir desta data mais de 60% das publicações voltam-se para os artigos empíricos.

A literatura sobre custos políticos evidencia que os gestores utilizam de gerenciamento de resultados para evitar tarifação. Jones (1991) buscou identificar se as empresas manipulam os resultados em períodos de investigação pelas Autoridades do Comércio Internacional dos EUA. Em seus estudos investigou 23 empresas americanas no período de 14 anos, os resultados obtidos sustentam a hipóteses de que os gestores manipulam os resultados para baixo, durante os períodos de investigação das autoridades Reguladoras do Comercio Internacional, com objetivo de obterem proteção tarifária para as empresas.

Outras investigações sobre custos políticos tem sido objeto de estudo, como é o caso de Albornoz e Illueca (2005) que comprovaram a hipótese dos custos políticos analisando o efeito da regulação dos preços de energia elétrica das indústrias espanholas. Os autores analisaram 13 empresas de eletricidade no período de 1991 a 2001 e concluíram que quanto mais elevada à tarifação imposta pelo governo, maiores são os incentivos para reduzir os resultados e a visibilidade política da empresa.

Através da análise dos Relatórios Anuais de 1993 a 2002, Coutinho e Silva e Sancovschi (2006) descreveram como os administradores da Petrobrás utilizaram a evidenciação voluntária de informações sociais da empresa. Os autores identificaram que poucos aspectos negativos foram destacados nos relatórios anuais, porém foram observados muitos aspectos positivos, destacando os planos de contingência arquitetados pela empresa, prêmios na área ambiental, ações implementadas para minimizar impactos ambientais, com isso a empresa busca isentar-se de intervenções governamentais.

Ribeiro e Pagliarussi (2007) analisaram os relatórios anuais da Aracruz Celulose buscando identificar nas mensagens da administração, entre 1998 a 2006, a relação entre as escolhas lingüísticas, os custos políticos e o gerenciamento de imagem nas seções narrativas dos relatórios anuais da empresa. Ribeiro e Pagliarussi concluíram que a empresa prioriza em seus relatórios uma imagem positiva, evitando dar destaque para problemas sócio-ambientais.

Coelho e Lopes (2007) analisaram 275 empresas brasileiras listadas na BOVESPA, no período entre 1994 a 2003, com o intuito de examinar o grau de apropriações discricionárias de resultados em relação ao nível de endividamento e comprovaram haver gerenciamento de resultados, porém não conseguiram identificar se estivesse associado ao nível de endividamento das empresas.

Os resultados obtidos nestes estudos empíricos apóiam a hipótese dos custos políticos, seja pela tentativa de influenciar o órgão regulador para tomar uma decisão favorável para a empresa ou evitar uma intervenção.

3 OS CUSTOS DE REGULAÇÃO

A regulação pode ser justificada como um conjunto de normas coercitivas ditadas pelo estado, que ordena ou regula a atividade econômica, sob a ótica do Direito toda regulação nada mais é que uma norma jurídica que impõe conduta aos indivíduos e prevê sanções para seu descumprimento (POHLMANN e ALVES, 2004).

3.1 A Regulação Governamental sobre as Operadoras de Planos de Saúde

Para Silva (2003, p. 3) as operadoras de planos de saúde “ocuparam uma fatia enorme de espaço deixado pela ineficiência, pela ausência efetiva de determinação pública e pela incapacidade de financiamento do setor público”.

O mercado de saúde começou a se desenvolver no Brasil nos anos 40 e 50, no início os planos de saúde voltavam-se exclusivamente para os funcionários públicos, Silva (2003) destaca que na década de 80 o mercado se fortaleceu com a entrada de grandes seguradoras no ramo de saúde, estas criaram um mercado onde ditavam as regras, determinando prazos de carência, restrições ao atendimento, contratos altamente vantajosos, controle de preços e conseqüentemente um segmento econômico com grande possibilidade de alta lucratividade.

Em meados dos anos 90 o governo brasileiro inicia o processo de regulação do Setor de Saúde Suplementar, após quase quarenta anos de funcionamento. O setor passou por transformações e o marco legal da saúde suplementar no Brasil ocorreu com a promulgação da lei 9.656/1988, que dispõe sobre os planos privados de assistência a saúde e a edição de um rol mínimo de procedimentos, segundo Bahia e Viana (2002) com a promulgação desta lei coibiram-se os abusos praticados pelas operadoras de planos de saúde contra os seus consumidores. Em 2000 o governo promulgou a Lei 9.961 criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o artigo 3º da Lei nº 9.961/2000 define as atribuições da ANS:

Terá 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, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A criação da ANS, segundo Santos, Malta e Merhy (2008, p. 2) “significou uma passo importante na regulação do mercado, possibilitando estender o papel de regulação para o controle da assistência no setor e para as condições financeiras das empresas”, na concepção dos autores a perspectiva de regular os diversos aspectos do mercado de saúde suplementar se revelou apropriada. Lemos (2008) corrobora ao chamar a atenção para o fato de a regulação buscar o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras aliado a satisfação dos usuários.

A figura 1 evidencia os efeitos antes e após a regulação sobre as operadoras de planos de saúde suplementar:

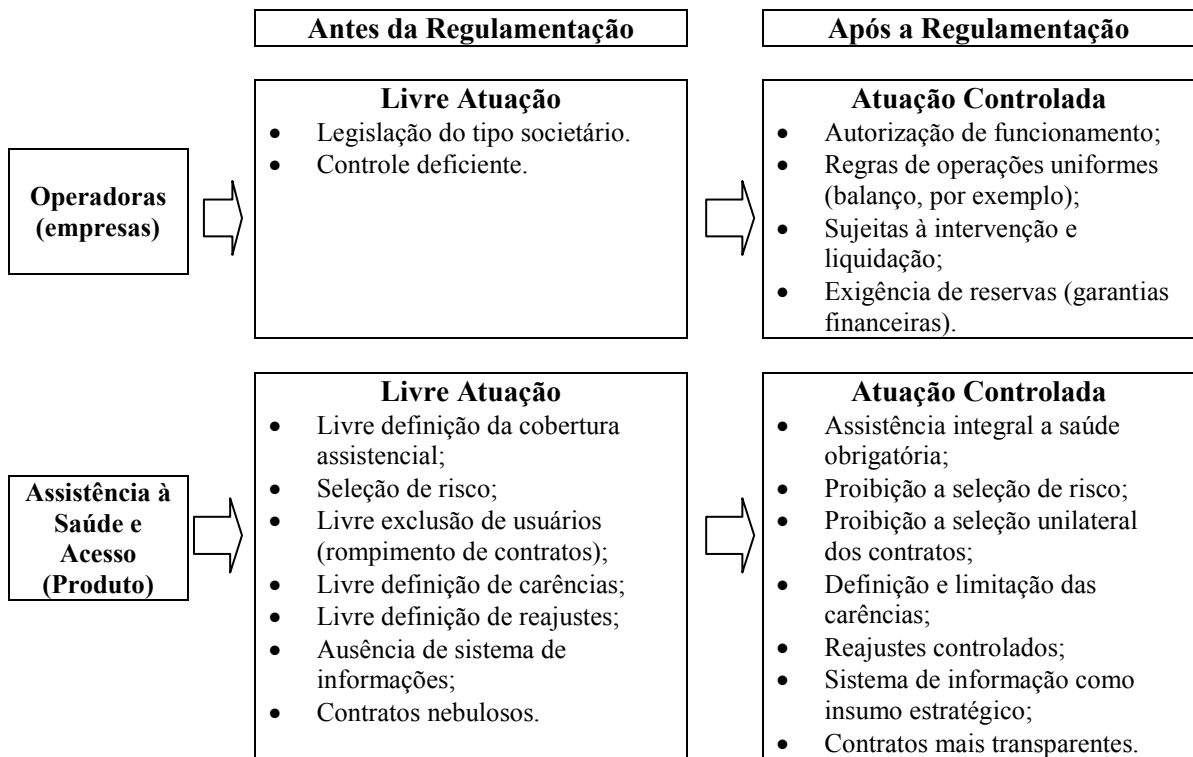


Figura 2: Efeitos da regulação

Fonte: adaptado de Montone (2003)

Lima (2003) afirma que há necessidade de regulação por parte do governo, pois é necessário para manter e exigir padrões mínimos de qualidade, evitar fraudes financeiras e irregularidades na administração, e que não se negue o atendimento aos que tem direito, além de manter em sigilo as informações médicas.

A ANS estabelece normas para autorização de funcionamento das operadoras, fixando exigência de apresentação de plano de contas, registro nos conselhos regionais de medicina e odontologia, descrição detalhada dos serviços de saúde oferecidos, descrição das instalações, demonstração da viabilidade econômico-financeira, envio de informações periódicas relatando procedimentos, exames, consultas, internações cirurgias, publicação de balancetes e constituição de garantias reais através da margem de solvência (ANS, 2009).

Araujo (2004) destaca que o objetivo da regulação é de criar condições propícias para a manutenção da concorrência, regular preços, qualidade e estabelecer equilíbrio entre os agentes do setor, controle da assimetria da informação de forma a consensar seus interesses e gerar o maior número possível de benefícios.

A ANS classificou as operadoras de planos de saúde nas seguintes modalidades, conforme Araujo (2004, p. 56):

Medicina de grupo – opera com os chamados convênios médico-hospitalares, em que se podem ser identificados três diferentes tipos: operadoras que não possuem rede própria; operadoras que possuem rede própria e operadoras associadas a hospitais filantrópicos;

Cooperativas médicas – além dos serviços próprios cooperados, operam os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente;

Autogestão – sistema fechado com público específico, vinculado a empresas (públicas e privadas) ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididos entre aqueles que operam a assistência através dos departamentos de recursos humanos dessas companhias e aqueles que a operam de entidades vinculadas, podendo ser patrocinadas ou não-patrocinadas pelas companhias a ela vinculada;

Seguradoras – a partir do marco regulatório. a atuação das seguradoras no setor saúde ficou condicionada à criação de empresa específica que atue apenas no setor de saúde suplementar.

Filantropia – entidades sem fins lucrativos que operam serviços médico-hospitalares, que começaram a comercializar planos de assistência à saúde, como forma de reestruturação econômica dessas entidades.

Administradoras – são empresas que administram planos de assistência à saúde, não possuem rede, e não assumem o risco, são financiadas pelas contratantes.

Odontológicas – entidades que operam exclusivamente planos odontológicos.

3.2 A Resolução Normativa 167

O rol de procedimentos e eventos em saúde representa a cobertura mínima para cada segmentação de planos contratados pelo usuário. Em abril de 2008 entrou em vigor a Resolução Normativa 167, que atualizou o rol de Procedimentos e eventos em saúde, ampliando a cobertura mínima para os beneficiários de planos de saúde. A primeira versão do rol foi estabelecida em 1998 pela Resolução nº 10, do Conselho de Saúde Suplementar, sendo revista em 2000 e a última alteração havia se dado através da RN 82 de 2004 (ANS, 2009).

A RN 167 teve como principais inclusões a cobertura de despesas de acompanhante para usuários hospitalizados, serviços de nutricionistas, terapeutas ocupacional, psicoterapeutas e fonoaudiólogos, procedimentos para anticoncepção, procedimentos cirúrgicos e invasivos e novos exames laboratoriais.

Segundo a ANS a ampliação de cobertura obrigatória não deveria, com a entrada em vigor da RN 167, impactar nos custos das operadoras, pois algumas já vinham oferecendo vários destes procedimentos, porém as operadoras afirmavam que elevar o número de procedimentos irá refletir em aumentos nos custos assistenciais.

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O setor de saúde suplementar opera em oito modalidades, dividido em dois grupos, operadoras médico-hospitalares e operadoras exclusivamente odontológicas. Para este estudo o foco concentrou-se nas Cooperativas Médicas, UNIMED.

As cooperativas têm por objetivo prestar serviços a seus associados e não visam lucro, no caso da UNIMED, estas são formadas por médicos cooperados e que atendem aos usuários em consultórios particulares, hospitais, laboratórios e em clínicas

Tabela 1: cooperativas em atividade por grandes regiões e amostra da pesquisa

| Região | Cooperativas | % | Amostra | % |
|--------------|--------------|---------------|-----------|---------------|
| Norte | 18 | 5,22 | 3 | 6,00 |
| Nordeste | 58 | 16,81 | 8 | 16,00 |
| Centro-Oeste | 30 | 8,70 | 5 | 10,00 |
| Sudeste | 175 | 50,72 | 25 | 50,00 |
| Sul | 64 | 18,55 | 9 | 18,00 |
| Total | 345 | 100,00 | 50 | 100,00 |

Fonte: ANS www.ans.gov.br

Quanto à natureza da pesquisa, caracteriza-se como survey, pois segundo Tripodi, Feline e Meyer (1981, p. 39) “pesquisas que procuram descrever com exatidão algumas características de populações designadas são tipicamente representadas por estudos survey”. A população compreende 50 cooperativas médicas das 05 regiões brasileiras, a escolha das operadoras por região se deu na mesma proporção das unidades existentes em cada uma delas, e de forma aleatória, conforme Tabela 1, os dados necessários para a análise, dos anos 2006, 2007 e 2008, despesa assistencial e beneficiários estão disponibilizados no sitio da ANS (www.ans.gov.br).

Este trabalho pode ser considerado pesquisa exploratória descritiva, Vieira (2002, p. 5) afirma que “a pesquisa exploratória visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo”, pois o objetivo principal foi de identificar os custos políticos gerados pela RN 167 e tais custos serão identificados através da análise da evolução das despesas assistências provocadas pelos usuários em função da ampliação do rol de procedimentos. A pesquisa também se classifica como documental e quantitativa.

A análise dos dados considera a variação da despesa assistencial (os custos gerados pelos usuários para as operadoras) entre 2007 e 2008, investigar o volume de beneficiários entre o mesmo período e finalmente apurar o custo médio gerado por beneficiário nos dois últimos anos.

Os custos assistenciais, constituído pelos gastos com medicamentos, procedimentos e equipamentos médicos, em 2008 registraram um reajuste de aproximadamente 10% (ALVES, 2008). Para analisar os dados e identificar os possíveis custos políticos, foi necessário alterar os valores dos custos assistenciais, disponibilizados pelas operadoras, de 2007, corrigindo-os pelo reajuste de 10%, e então comparar com as despesas de 2008, a fim de determinar a evolução e desta forma poder chegar a uma conclusão. Portanto os valores apresentados no ano de 2007 estão inflacionados em relação aos originais.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta fase do estudo o objetivo é apresentar os dados coletados, sendo que o foco da pesquisa foram as Cooperativas Médicas, UNIMED. A RN 167 entrou em vigor em abril de 2008, muitos foram as críticas por parte das operadoras de planos de saúde que argumentavam que a ampliação do rol de procedimentos em saúde deveria onerar os custos das operadoras,

pois novos exames e procedimentos são garantidos para os usuários sem que ocorra um aumento nas mensalidades pagas por estes.

Diante deste impasse entre Operadoras e a ANS surgiu à necessidade de investigar o impacto do custo político gerado, para análise dos dados e identificar se ocorreu esse aumento, foi utilizada uma amostra constituída por 50 cooperativas UNIMEDs, localizadas nas cinco regiões brasileiras.

A primeira região analisada foi a norte do país, sendo que nesta fase da pesquisa foram selecionadas as UNIMEDs dos municípios de Macapá, Belém e Palmas.

Tabela 2: Resultados – Região Norte

| INDICADOR | 2008 | 2007 | Δ % |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| DESPESA ASSISTENCIAL | R\$ 423.280.820 | R\$ 358.685.053 | 18,01 |
| BENEFICIÁRIOS/USUÁRIOS | 313.826 | 296.172 | 5,96 |
| CUSTO MÉDIO/BENEFICIÁRIO | R\$ 1.349 | R\$ 1.211 | 11,37 |

Fonte: ANS DIOPS (2008)

Vários fatores devem ser considerados para definir se as operadoras da Região Norte sofreram impacto em seus custos, a tabela 2 evidência que as despesas assistenciais, que compõem os gastos com médicos, exames, procedimentos e internações apresentam variação de 18,01%. Enquanto que o volume de beneficiários em 2008 aumentou apenas 5,96% em relação ao ano anterior.

Uma variação tão elevada dos custos assistenciais poderia ser justificada por um crescimento proporcional ao número de usuários, o que não ocorreu. Alternativa de análise é verificar como se comportou o custo médio por beneficiário em 2007 e 2008, os dados apurados nos dão base para afirmar que em 2008 a região realmente apresentou uma elevação de seus custos, próximo de 11%, fruto da ampliação do rol de procedimentos.

Na seqüência foram analisadas as cooperativas da Região Nordeste, cuja amostra é constituída pelas UNIMEDs de Salvador, Sudoeste da Bahia, Fortaleza, Vale do São Francisco, Recife, Teresina, Natal e Sergipe.

Tabela 3: Resultados – Região Nordeste

| INDICADOR | 2008 | 2007 | Δ % |
|--------------------------|-------------------|-------------------|------|
| DESPESA ASSISTENCIAL | R\$ 1.360.760.578 | R\$ 1.275.483.914 | 6,69 |
| BENEFICIÁRIOS/USUÁRIOS | 748.700 | 725.264 | 3,23 |
| CUSTO MÉDIO/BENEFICIÁRIO | R\$ 1.817 | R\$ 1.759 | 3,35 |

Fonte: ANS DIOPS (2008)

De acordo com os dados da tabela 3, é possível determinar a evolução de 6,69% dos custos assistenciais. O número de clientes das operadoras da região apresentou crescimento de 3,23%, tais dados, conseqüentemente, nos permitem acreditar que o impacto gerado pela Resolução Normativa 167 para as operadoras da região nordeste foi de aproximadamente 3,35%, exatamente a variação dos custo médio por usuário.

A região centro-oeste é formada pela UNIMED Sul Goiás, UNIMED Goiânia, UNIMED Campo Grande, UNIMED Cuiabá e UNIMED Norte do Mato Grosso.

Tabela 4: Resultados – Região Centro Oeste

| INDICADOR | 2008 | 2007 | Δ % |
|-----------|------|------|-----|
|-----------|------|------|-----|

| | | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|------|
| DESPESA ASSISTENCIAL | R\$ 644.093.889 | R\$ 604.594.590 | 6,53 |
| BENEFICIÁRIOS/USUÁRIOS | 432.541 | 426.745 | 1,36 |
| CUSTO MÉDIO/BENEFICIÁRIO | R\$ 1.489 | R\$ 1.417 | 5,11 |

Fonte: ANS DIOPS (2008)

Embora a região centro-oeste registre uma elevação em seu custo assistencial, o mesmo não ocorreu com o número de usuários. Sendo que o volume de clientes nos dois últimos anos é basicamente o mesmo é possível determinar que a região incorreu em um aumento real no último ano em torno de 5,11% (tabela 4).

As maiores concentrações de usuários e cooperativas médicas estão localizadas na Região Sudeste, para se fazer a análise desta pesquisa foram utilizadas as UNIMEDs de Vitória, Sul Capixaba, Juiz de Fora, João Monlevade, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Barra Mansa, Ribeirão Preto, São José dos Campos, São Paulo, Regional da Baixa Mogiana, Andradina, Avaré, Botucatu, Assis, Penapólis, Ituitaba, Guarulhos, São José do Rio Preto, Campinas, Macaé, Volta Redonda, Montes Claros e Piracicaba.

Tabela 5: Resultados – Região Sudeste

| INDICADOR | 2008 | 2007 | Δ % |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| DESPESA ASSISTENCIAL | R\$ 5.593.028.036 | R\$ 4.899.352.762 | 14,16 |
| BENEFICIÁRIOS/USUÁRIOS | 3.841.025 | 3.627.830 | 5,88 |
| CUSTO MÉDIO/BENEFICIÁRIO | R\$ 1.456 | R\$ 1.350 | 7,82 |

Fonte: ANS DIOPS (2008)

Os dados constantes na tabela 5 determinam que o aumento real de custos para as operadoras ficou próximo de 7,82% em 2008, pois as despesas assistenciais apresentam crescimento real de 14,16% e o volume de clientes cresceu apenas 7,82%. Se os custos assistenciais aumentam de forma desproporcional ao crescimento da carteira de clientes, é evidente que estes custos podem ser considerados como a parcela de custo de origem política.

A última região analisada, Região Sul, tem por representante as UNIMEDs de Curitiba, Maringá, Ponta Grossa, Porto Alegre, Pelotas, Bagé, Blumenau, Joinville e Florianópolis.

Tabela 6: Resultados – Região Sul

| INDICADOR | 2008 | 2007 | Δ % |
|--------------------------|-------------------|-------------------|------|
| DESPESA ASSISTENCIAL | R\$ 2.017.556.504 | R\$ 1.918.866.023 | 5,14 |
| BENEFICIÁRIOS/USUÁRIOS | 1.387.695 | 1.332.841 | 4,12 |
| CUSTO MÉDIO/BENEFICIÁRIO | R\$ 1.454 | R\$ 1.440 | 0,99 |

Fonte: ANS DIOPS (2008)

Dois aspectos devem ser destacados na tabela 6, a proporção da despesa assistencial e a carteira de clientes, como o número de usuários apresentou um evolução muito próxima a variação dos custos com procedimentos, o que se pode concluir é que o custo gerado pela RN 167 para as cooperativas da região sul ficou próximo de 1%.

A tabela 7 contempla os resultados das 50 cooperativas médicas. O critério adotado para análise dos dados foi, inicialmente, de inflacionar os valores históricos de despesas com assistência médica das operadoras do ano de 2007, para tanto foi utilizado o reajuste de 10% concedido aos prestadores de serviços. Desta forma foi possível observar a variação que ocorreu no ano de 2008 em relação ao período anterior, essa variação deve ter como premissa

básica a questão da evolução natural da carteira de usuários das cooperativas, como o volume de beneficiários fica abaixo do crescimento das despesas, é importante identificar como se apresenta o custo médio por beneficiário, neste caso é possível determinar que as UNIMEDs analisadas registram em média um crescimento desproporcional em suas despesas de 5,65%.

Tabela 7: Resultados – Brasil

| INDICADOR | 2008 | 2007 | Δ % |
|--------------------------|--------------------|-------------------|-------|
| DESPESA ASSISTENCIAL | R\$ 10.038.719.827 | R\$ 9.056.982.341 | 10,84 |
| BENEFICIÁRIOS/USUÁRIOS | R\$ 6.723.787 | R\$ 6.408.852 | 4,91 |
| CUSTO MÉDIO/BENEFICIÁRIO | R\$ 1.493 | R\$ 1.413 | 5,65 |

Fonte: ANS DIOPS (2008)

Avaliou-se como *proxy* de cálculo do valor do custo político a variação da despesa corrigida pela correção dos custos assistenciais com médicos e hospitais, expurgado o aumento de número de clientes.

6 CONCLUSÃO

A literatura existente revela que a intervenção política gera custos para as empresas.

O setor de saúde suplementar é vulnerável a intervenção do governo e dos usuários, do governo sob a figura da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que dita às regras para a operacionalização do setor, desde a infra-estrutura até o aspecto econômico-financeiro e social das operadoras, dos usuários na avaliação da qualidade dos serviços prestados e a fragilidade para questões judiciais.

No aspecto social destaca-se a necessidade das operadoras se adaptarem as diretrizes da ANS e conseqüentemente ao rol de procedimentos e eventos em saúde, que determina quais serviços os clientes têm direito e as operadoras devem fornecer, e cujo não cumprimento da resolução gera sanções.

Esta pesquisa tinha como objetivo principal identificar os custos políticos gerados pela Resolução Normativa 167, que está em vigor desde abril de 2008, para as operadoras de planos de saúde, e que geraram grandes polêmicas no mercado, pois de um lado a ANS garantiu que o impacto seria mínimo visto que alguns procedimentos já eram oferecidos aos usuários, e do outro as operadoras que argumentavam que tal ação acarretaria elevação nos custos, em torno de 15%, e por conseqüência sérios problemas financeiros, fruto da impossibilidade de repasse destes custos para os usuários.

As regiões que mais sentiram o impacto da RN 167 foram a Região Norte e Região Sudeste, pois o cenário apurado registra os maiores custos médio por usuário, em conseqüência da abertura de novos procedimentos médicos e eventos disponibilizados aos clientes. A Região Norte registrou o maior aumento, 11%, de custos assistenciais por beneficiário, seguido da região sudeste com 7,82%. O impacto na Região Sul foi mínimo, assim como na Região Nordeste.

Analisando todas as informações desta pesquisa, concluiu-se que o novo rol de procedimentos gerou um custo adicional para as operadoras de planos de saúde suplementar de 5,65%, o que representa o custo político gerado pela intervenção governamental junto as operadoras, respondendo, desta forma, a questão problema e objetivo desta pesquisa.

Pesquisas futuras nesta área poderiam identificar os custos políticos incorridos às operadoras para se adaptarem as normas impostas pelo governo, como o caso de adaptar a contabilidade das operadoras as regras da ANS.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandro Leal. Saúde Suplementar: um balanço de 2008. **Caderno de Seguros Funanseg**. 2008.

ARAÚJO, Angela Maria. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil**. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2004.

BAHIA, Ligia. VIANA, Ana Luiza. **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro RJ, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ampliação de cobertura obrigatória de planos de saúde em vigor desde 2 de abril**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/noticias/noticia>. Acesso em 22 fev. 2009.

CLEMENTE, Ana Gisbert; CAÑIBANO Leandro. Universidad Autónoma de Madrid, 2006. Disponível em http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/lcanibano. Acesso em 15 abr. 2009.

COELHO, Antonio Carlos Dias. LOPES, Alexsandro Broedel. Avaliação da prática de gerenciamento de resultados na apuração de lucro por companhias abertas brasileiras conforme seu grau de alavancagem financeira. **Revista de Administração Contemporânea**, v.11, n spe2, Curitiba, 2007.

COUTINHO E SILVA, Adolfo Henrique. SANCOVSCHI, Moacir. Evidenciação Social Corporativa: Estudo de Caso Da Empresa Petróleo Brasileiro S.A. EnANPAD 2006, Salvador-BA. **Anais** .

GILL-DE-ALBORNOZ, Belén; ILLUECA, Manuel. Earnings management under price regulation: Empirical evidence from the Spanish electricity industry, **Energy Economics**, vol. 27, p. 279-304, 2005

JONES, J.J.. Earnings management during import relief investigations. **Journal of Accounting Research**. Vol. 29 (2), p. 193– 228, 1991

LEMOS, Lilian Correia. A judicialização da saúde: O posicionamento do Poder Judiciário ante a relação contratual entre as operadoras e os beneficiários dos planos de saúde anteriores à Lei nº 9.656/98. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 58, out, 2008.

LOPES, Alexsandro Broedel. MARTINS, Eliseu. **Teoria da contabilidade**: uma nova abordagem. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, Cláudia Araújo. RODRIGUES, Lúcia Lima. Determinantes da Manipulação Contabilística. **Revista de Estudos Politécnicos**, v. iV, n 7, p.189-219, 2007.

MILNE, Markus J. Positive accounting theory, political costs and social disclosure analyses: a critical look. **Critical Perspectives on Accounting**. v. 13, n. 3, p. 369-395. 2002.

MONTONE, Januário. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Série ANS, 4. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

POHLMANN, Marcelo Coletto; ALVES, Francisco José dos Santos. Regulamentação. In: IUDÍCIBUS, Sérgio de; LOPES, Alexsandro Broedel. (coord.). **Teoria avançada da contabilidade**. São Paulo: Atlas, 2004.

RIBEIRO, Jusmeire Fieni; PAGLIARUSSI Marcelo Sanches. Relação entre custos políticos, escolhas lingüísticas e a gestão da imagem corporativa: o caso da Aracruz Celulose S. A. XXXII EnANPAD, Rio de Janeiro, 6 a 10 de set. 2008. **Anais**.

SANTOS, Ariovaldo dos; PAULO Edílson. Diferimento das perdas cambiais como instrumento de gerenciamento de resultados. **Brazilian Business Review**. n. 01 Vitoria ES. Jan/jun 2006, p. 15-31.

SANTOS; Fausto Pereira dos. MALTA; Deborah Carvalho. MERHY; Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência Saúde Coletiva**, vol.13, n. 5, Rio de Janeiro, Set.-Out., 2008.

SOARES; Maria Aparecida. **Análise de Indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras**: uma aplicação da análise fatorial. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade- FEA. Universidade de São Paulo, 2006.

TRIPODI, Tony. FELLIN, Phillip. MEYER, Henry J. **Análise da pesquisa social: diretrizes para o uso de pesquisa em serviço social e ciências sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

VIEIRA, Valter Afonso. **As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing**. Revista FAE, Curitiba, v.5, n.1, p.61-70, jan/abr. 2002.

WATTS, Ross L.; ZIMMERMAN, Jerold L. Towards a positive of the determination of accounting standards. **The Accounting Review**, v. 53, n. 1, p. 112-134, 1978.

WATTS, Ross L.; ZIMMERMAN, Jerold L. **Positive Accounting Theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.