

## Análise da Situação Econômico-Financeira de uma Operadora de Plano de Saúde do Sul do Brasil

### Resumo

As empresas para estarem em constante competitividade no mercado necessitam ser monitoradas por meio de um sistema de avaliação de desempenho organizacional. Assim, o objetivo geral de pesquisa é verificar a situação econômico-financeira de operadora de plano de saúde localizada no sul do Brasil no período entre 2015 e 2018. Para atingir este objetivo, realizou-se uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa por meio de estudo de caso e pesquisa documental. Os resultados mostraram que a Operadora apresentava uma situação desfavorável entre os anos de 2015 e 2017. A partir de 2018 os indicadores revelaram uma situação econômico-financeira favorável com indicadores positivos de lucratividade e de rentabilidade, bem como uma melhoria na capacidade de pagamento e na redução de dívidas com terceiros. Conclui-se que o elevado custo de serviços prestados, a política comercial limitada, os procedimentos autorizados via processo judicial e a alta sinistralidade nos contratos impõem baixa margem de lucratividade para a Operadora. Tudo isso prejudica a geração de recursos para fazer frente às demandas operacionais do negócio. Portanto, os gestores devem ficar atentos à estrutura do modelo de negócio para assegurar o atendimento adequado aos beneficiários e a sobrevivência organizacional.

**Palavras-chave:** Desempenho Econômico-Financeiro; Indicadores Econômicos; Indicadores Financeiros; Operadoras de Planos de Saúde

**Linha Temática:** Contabilidade Financeira

### 1. Introdução

As empresas para estarem em constante competitividade no mercado necessitam ser monitoradas por meio de um sistema de avaliação de desempenho organizacional. Segundo Borges e Carvalho (2011), o desempenho organizacional pode ser interpretado como a gestão e desdobramento de indicadores que apontam uma relação de causa e efeito que levam ao alcance dos objetivos almejados pelos gestores. Para Neely, Gregory e Platts (1995), a avaliação de

Realização:



desempenho é a maneira de mensurar uma determinada ação, no sentido de verificar se está alcançando o resultado esperado ou não. Segundo Frezatti, Rocha, Nascimento e Junqueira (2009), a avaliação de desempenho engloba tanto a organização quanto os gestores, pois são coisas necessárias que se complementam, mas que não necessariamente são confluentes.

Segundo Rummmler e Brache (1994), para ser eficaz, o gerenciamento de uma empresa necessita de um sistema de avaliação de desempenho que monitore a execução das ações gerenciais por meio da mensuração de indicadores de desempenho previamente traçados. Nesse sentido, de acordo com Kaplan e Norton (1997), a não existência de indicadores de desempenho aponta que as organizações não estão sendo gerenciadas e isso pode prejudicar a sobrevivência organizacional.

O sistema de avaliação de desempenho permite avaliar a execução das atividades e a situação econômica e financeira das organizações. Segundo Assaf (2015), a avaliação de desempenho por meio das demonstrações contábeis possibilita o cálculo de indicadores de desempenho econômico-financeiros para análise da situação patrimonial, econômica e financeira das organizações. Esses indicadores são essenciais para que gestores, investidores, empregados, credores e demais interessados consigam inferir sobre a situação presente da organização, bem como sobre as tendências futuras do negócio.

Dentre os diversos tipos de organizações, para fins deste estudo destaca-se as Operadoras de Planos de Saúde, pois são organizações que possuem um significativo risco operacional devido ao seu modelo de negócio. Estas organizações sofrem pressões quanto às políticas de preço ao consumidor referente aos reajustes dos serviços prestados, de regulamentação de serviços prestados pela Agência Nacional de Saúde (ANS), de custos crescentes nos serviços ofertados aos beneficiários e de inadimplência quanto ao recebimento dos serviços prestados.

Diante desse contexto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: qual a situação econômico-financeira de uma operadora de plano de saúde localizada no sul do Brasil? Para responder a esta questão, o objetivo geral de pesquisa é verificar a situação econômico-financeira de operadora de plano saúde localizada no sul do Brasil no período entre 2015 e 2018. Os objetivos específicos estipulados para a pesquisa foram: a) calcular indicadores de análise vertical e horizontal do balanço patrimonial e da demonstração de resultado e b) calcular indicadores econômico-financeiros.

Na literatura, estudos sobre o tema desempenho econômico-financeiro nas operadoras de planos de saúde ganham destaque com os autores Soares (2006), Câmara, Sobrinho e Lima (2008), Guimarães e Nossa (2010) e Ávila e Amorim (2016). Esses estudos mostraram que algumas operadoras de planos de saúde possuem dificuldades financeiras, em virtude da alta sinistralidade referente às despesas assistenciais, das elevadas despesas operacionais e dificuldades de aplicação de reajustes nos preços dos serviços. Além disso, a Agência Nacional de Saúde (ANS) está cada vez mais aumentando a lista de procedimentos e, portanto, as operadoras necessitam prestar maior cobertura aos beneficiários, ocasionando aumento nos custos dos serviços.

Esta pesquisa se diferencia dos estudos anteriores e contribui teoricamente com o tema de pesquisa, ao realizar o estudo de caso de uma operadora de plano de saúde de pequeno porte que atua na região sul do Brasil e que por causa do seu porte possui abrangência comercial limitada e sofre constantemente influência de concorrentes quanto à manutenção e captação de clientes.

Quanto à contribuição prática, a pesquisa pode auxiliar os gestores da organização na compreensão do desempenho econômico-financeiro, no sentido de possibilitar melhorias no processo de gestão com a utilização de indicadores de desempenho.

Com relação à contribuição social, a pesquisa corrobora com a gestão das operadoras de planos de saúde ao apresentar a aplicabilidade de indicadores de desempenho econômico-financeiros como forma de compreensão da situação organizacional, bem como na discussão de melhorias gerenciais para o alcance da eficiência dessas organizações de saúde.

O artigo está estruturado em cinco seções, considerando esta introdução como Seção 1. Na sequência, a Seção 2 contempla a fundamentação teórica da pesquisa e a Seção 3 aborda a metodologia da pesquisa. A Seção 4 apresenta os resultados da pesquisa e a Seção 5 exibe as considerações finais. Por fim, são evidenciadas as referências que fundamentaram o estudo.

## 2 Referencial Teórico

Esta seção apresenta aspectos sobre desempenho econômico-financeiro, operadoras de planos de saúde e estudos anteriores correlacionados com objeto de pesquisa.

### 2.1 Desempenho Econômico-Financeiro

Com a globalização cada vez mais avançada e com as mudanças tecnológicas surge a necessidade das organizações se diferenciarem para assegurar a competitividade e sobrevivência organizacional (Kaplan & Norton, 1997). Esse cenário exige das organizações a avaliação de desempenho econômico-financeiro como forma de mensurar a situação patrimonial e de fundamentar o processo de tomada de decisão (Perez & Famá, 2003). Para Assaf (2012, p. 110), a análise das demonstrações contábeis possibilita a avaliação do “desempenho econômico-financeiro de uma empresa em determinado período passado, para diagnosticar, em consequência, sua posição atual e produzir resultados que sirvam de base para a previsão de tendências futuras”.

O sistema de avaliação de desempenho possui indicadores preestabelecidos que podem ser de natureza quantitativa e/ou qualitativa para análise dos resultados obtidos. Esses indicadores permitem a comparação dos resultados planejados com os resultados obtidos. Os indicadores quantitativos são extraídos, principalmente, da contabilidade, juntamente com base em dados históricos, enquanto os indicadores qualitativos podem ser retirados das demais áreas organizacionais (Miranda & Azevedo, 2009; Gasparetto, 2004).

Na perspectiva de avaliação de desempenho econômico-financeiro, os indicadores de desempenho são classificados como financeiros e econômicos. Os indicadores financeiros representam relações entre contas ou grupos de contas das demonstrações contábeis, principalmente o Balanço Patrimonial, e têm por objetivo fornecer informações sobre a capacidade de liquidar os compromissos assumidos pela organização (Assaf, 2012, 2015). Na presente pesquisa destacam os indicadores financeiros de liquidez e de endividamento.

Os indicadores financeiros de liquidez permitem a avaliação da situação financeira das organizações quanto ao cumprimento das obrigações assumidas com credores (Bruni, 2014).

Os indicadores de endividamento mostram a composição e a representatividade das obrigações com terceiros (Bruni, 2014). Segundo Marion (2010), os indicadores de endividamento apontam o quanto a empresa se utiliza de capital de terceiros ou de capital próprio.

Por sua vez, os indicadores econômicos, por meio da Demonstração de Resultado, revelam a lucratividade e rentabilidade das organizações. Para Matarazzo (2010), os indicadores de lucratividade e de rentabilidade mostram o grau de êxito econômico da empresa. Os indicadores econômicos de lucratividade mostram a geração de lucratividade em relação às vendas realizadas. De acordo com Assaf (2015), os indicadores econômicos de lucratividade medem o desempenho operacional das organizações.

Os indicadores econômicos de rentabilidade, por sua vez, revelam o quanto de retorno é obtido por meio dos investimentos realizados em ativos ou em capital próprio (patrimônio líquido). Segundo Marion (2010), a rentabilidade é medida em função do investimento realizado nas empresas, portanto uma gestão adequada proporciona maior retorno para a empresa e os investidores. Em síntese, a utilização dos indicadores econômico-financeiros permite a avaliação do desempenho organizacional por meio da análise da situação econômica e financeira das organizações. Esses indicadores possibilitam identificar pontos fortes e fracos na gestão financeira e com isso estabelecer ações gerenciais para minimizar fragilidades, potencializar oportunidades de negócios e aumentar a eficácia organizacional.

## 2.2 Operadoras de Planos de Saúde

Dentre as possibilidades de organizações que atuam sistema de saúde para a população, destacam-se as operadoras de planos de saúde que possuem como atividade principal a comercialização de planos de saúde tanto no seguimento empresarial quanto no de pessoa física. Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), em sua Resolução de Diretoria Colegiada n. 39, de 27 de outubro 2000, as operadoras de planos de saúde podem ser classificadas, conforme seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades: a) autogestão, b) cooperativa médica, c) filantropia, d) administradora, e) seguradora especializada em saúde e f) medicina de grupo. Adicionalmente, as operadoras de planos de saúde podem atuar em diferentes segmentos, como: Primário Principal (SPP); Segmento Primário Principal/SUS (SPP/SUS); Segmento Primário Subsidiário (SPS); Segmento Secundário Principal (SSP); Segmento Secundário Subsidiário (SSS) e Segmento Terciário (ST).

A partir do seu modelo de negócio as operadoras de planos de saúde enfrentam dificuldades econômico-financeiras, uma vez que os riscos das operações de serviços de saúde envolvem sinistros não controláveis e demandas por serviços complexos de saúde que envolvem elevado custo médico-hospitalar. De acordo com Matos (2002), as operadoras de planos de saúde estão cada vez mais assumindo “riscos” do negócio que envolvem sinistros imprevisíveis de saúde dos beneficiários. Por causa disso, surge a necessidade de aperfeiçoamento do modelo de gestão dessas organizações, no sentido de reduzir custos e aumentar a produtividade dos serviços para enfrentar as dificuldades de mercado e a crescente concorrência.

Outro fator importante do modelo de negócio das operadoras de planos de saúde é a

regulamentação do setor efetuada pelo governo federal. A regulamentação das operadoras pode ser compreendida como um conjunto de medidas e ações que envolvem a criação de normas e de mecanismos de controle e de fiscalização para segmentos de saúde explorados por empresas privadas, no sentido de salvaguardar o interesse público.

A partir disso, com a Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em seu artigo 3º, surge a Agência Nacional de Saúde (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”.

No que tange à questão econômico-financeira, a Agência Nacional de Saúde (ANS), em sua Resolução normativa n. 400, de 25 de fevereiro de 2016, estabeleceu alguns parâmetros e procedimentos para verificar o desempenho de operadoras de planos saúde, por meio dos indicadores de liquidez, endividamento, rentabilidade, margem líquida, desempenho da saúde suplementar, entre outros. O objetivo desses indicadores é permitir a comparação de desempenho entre operadoras e assegurar que os beneficiários tenham os direitos de assistência à saúde garantidos.

Os critérios de desempenho permitem avaliar a situação do negócio e, caso as operadoras apresentem fragilidades operacionais, a Agência Nacional de Saúde (ANS), de acordo com a Resolução Normativa n. 316, de 30 novembro de 2014, pode determinar a recuperação judicial da empresa, decretar o regime de direção fiscal, que poderá ser instaurado quando identificada uma ou mais anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que podem colocar em risco a continuidade ou qualidade dos serviços prestados, impor a transferência da carteira de clientes para outra seguradora ou realizar a liquidação extrajudicial da operadora (LIMA, 2008).

De modo geral as operadoras de planos saúde são responsáveis pela qualidade e agilidade no atendimento de serviços de saúde, visto que a saúde pública enfrenta dificuldades para atendimento pleno aos cidadãos. A contratação de serviços de planos de saúde possibilita melhor qualidade de vida e bem-estar aos beneficiários. A expectativa de vida está maior e, portanto, os beneficiários podem ser assistidos, de modo privado, por uma rede de prestação de serviços de saúde, desde o serviço básico ao mais complexo.

## 2.3 Estudos anteriores sobre Operadoras de Plano de Saúde

Estudos sobre as análises do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde são destaque com os autores Soares (2006), Câmara *et al.* (2008), Guimarães e Nossa (2010) e Ávila; Amorim (2016).

Soares (2006) avaliou o desempenho das operadoras de planos de saúde no Brasil. O estudo teve como objetivo analisar se os indicadores que a ANS considera como os mais importantes são os mais relevantes para a avaliação do desempenho organizacional. Dentre os indicadores utilizados destacaram-se os de estrutura de capital, liquidez e rentabilidade. Contudo, pode-se observar que a média dos indicadores econômico-financeiros do setor foi baixa em relação aos demais setores da economia, com exceção dos indicadores de endividamento das operadoras, que



está muito elevada em relação aos demais setores, revelando uma grande participação de capital de terceiros no financiamento das operações.

Câmara *et al.* (2008) analisaram a situação financeira de uma operadora de plano de saúde na modalidade de cooperativa médica. Os resultados mostraram que a cooperativa diminuiu os percentuais dos indicadores econômico-financeiros liquidez, rentabilidade e aumentou o endividamento. A alta da sinistralidade ajudou a piorar os indicadores econômico-financeiros (liquidez diminui, endividamento aumenta, rentabilidade diminui). Concluiu-se que há uma necessidade de aplicar medidas administrativas para poder reduzir as despesas e os custos para a melhoria dos indicadores econômico-financeiros, bem como da revisão da contabilização das Provisões das Operações com Assistência à Saúde.

Ávila e Amorim (2016) realizaram uma avaliação comparativa de desempenho nas cinco maiores operadoras de planos de saúde, no período de 2015 e 2016. A avaliação de desempenho considerou o perfil dos beneficiários, modalidades de planos de saúde ofertados e a situação econômico-financeira. Os resultados apontaram que a maior parte dos beneficiários está na faixa etária mais baixa e com a contratação de planos empresariais e coletivos. Os indicadores econômico-financeiros mostraram que dentre as cinco operadoras apenas uma não possui liquidez de curto prazo favorável. Os indicadores de endividamento e de rentabilidade mostram uma situação favorável. Os autores concluíram que a gestão econômico-financeira eficiente é um pressuposto fundamental para a sobrevivência das operadoras no mercado.

Guimarães e Nossa (2010) analisaram a adequação de um modelo normativo de administração do capital de giro, em termos de lucratividade, liquidez e solvência. A pesquisa foi operacionalizada em 621 operadoras de planos de saúde no período de 2006. Os resultados evidenciam que diferentes estruturas de capital de giro estão associadas a diferentes níveis de lucratividade, liquidez e solvência. Os autores apontam pela importância de uma gestão eficiente do capital de giro como forma de melhorar o desempenho organizacional.

Os estudos anteriores revelaram a importância da avaliação de desempenho organizacional por meio de indicadores econômico-financeiros para compreensão da situação organizacional e desenvolvimento de ações de melhoria para o aumento da eficácia organizacional. Os estudos ressaltam a importância dos indicadores de lucratividade e de rentabilidade como forma de identificar o sucesso das operações, uma vez que indicam o retorno sobre as receitas e sobre os ativos investidos. Além disso, evidências apontaram que alguns fatores do modelo de negócio, como porte, natureza jurídica e modalidade de operação, influenciam no desempenho das operadoras de planos de saúde.

### 3. Metodologia da Pesquisa

A presente pesquisa é de caráter descritivo visto que descreve a situação econômico-financeira de uma operadora de plano de saúde. Qualitativa, uma vez que se procura a compreensão da situação organizacional por meio de indicadores econômico-financeiros. Classifica-se ainda como o estudo de caso em uma operadora de plano de saúde localizada no sul do Brasil. A fonte da pesquisa é documental uma vez que, são obtidas a partir das demonstrações contábeis (Balanço

Patrimonial e Demonstração de Resultado) e relatórios gerenciais da operadora dos anos de 2015 a 2018.

A escolha da organização se justifica por atuar há mais de 80 anos (grupo hospitalar) no setor de saúde e pela acessibilidade às informações necessárias para atingir o objetivo de pesquisa. A organização caracteriza-se como associação sem fins lucrativos que engloba atividades de serviços hospitalares, de operadora de planos de saúde e de ensino técnico de enfermagem. Para fins deste estudo, considera-se somente a operadora de plano de saúde, uma vez que foi desmembrada do CNPJ da matriz no ano de 2014 e passou a atuar com CNPJ próprio, conforme recomendação da Agência Nacional de Saúde (ANS).

A Operadora de Plano de Saúde caracteriza-se como de pequeno porte na modalidade de Medicina de Grupo com atuação no Setor Terciário. Para fins de sigilo e proteção das informações, o nome da Operadora foi alterado para Operadora Alfa e os valores contidos nas demonstrações contábeis foram transformados por um divisor comum. Cabe mencionar que após a divisão a proporcionalidade numérica entre as contas foi mantida.

O objeto de pesquisa é uma operadora de plano de saúde localizada no sul do Brasil que atua há mais de 25 anos. A Operadora Alfa funcionava como uma empresa filial vinculada a um hospital filantrópico até junho de 2014. A partir desse período, a empresa teve que ser desvinculada do CNPJ da organização hospitalar, pois não poderia fazer parte das atividades da organização, uma vez que o grupo também possui atividades voltadas para a educação. Com essa mudança, a Operadora Alfa começou a pagar tributos federais e municipais em suas atividades.

Atualmente a Operadora Alfa possui aproximadamente 26 funcionários: 4 são agentes de comercialização de planos de saúde e 22 fazem parte do administrativo/operacional. A Operadora atua na Região 5 (grupo de municípios específicos) com abrangência de 21 municípios localizados no interior do Brasil. A Tabela 1 apresenta os tipos de serviços comercializados.

**Tabela 1 – Planos de Saúde comercializados pela Operadora Alfa**

Tipos de Planos	Segmentação Assistencial
Individual	✓ Ambulatorial
	✓ Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
	✓ Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
	✓ Hospitalar com Obstetrícia
	✓ Hospitalar sem Obstetrícia
	✓ Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria)
Coletivo Empresarial	✓ Ambulatorial
	✓ Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
	✓ Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
	✓ Hospitalar com Obstetrícia
Coletivo por Adesão	✓ Hospitalar sem Obstetrícia
	✓ Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

No final de 2018, a Operadora Alfa contemplou aproximadamente 12 mil beneficiários,

Realização:



sendo que em média 3.600 são pessoas físicas, de modo direto (Plano Individual), 7.200 beneficiários vinculados às pessoas jurídicas de natureza empresarial (Coletivo Empresarial) e 1.200 beneficiários vinculados às associações e sindicatos de classe, entre outras entidades (Plano coletivo por adesão).

Dentre os planos de saúde comercializados destaca-se o Plano Coletivo Empresarial com segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia por ser um plano do tipo completo, uma vez que possui cobertura para todos os procedimentos e exames que estão na Lista de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS). Além disso, esse tipo de plano possui valor diferenciado, pois a tabela de preço para os planos empresariais possui valores mais baixos em relação aos planos individuais (pessoa física).

A Operadora Alfa conta com uma rede credenciada de mais de 300 prestadores de serviços, nas modalidades de clínicas e consultórios médicos, laboratórios de análises clínicas, clínicas de exames de imagem e hospitais. A rede credenciada contempla diversas especialidades de serviços de saúde, tais como: nutrição, psicologia, psiquiatria, cirurgia geral, endocrinologia, anestesia, clínica geral, cardiologia, reumatologia, dermatologia, entre outras.

O atendimento do beneficiário é realizado mediante autorização via sistema de gestão para os serviços de consultas, exames e terapias. Os serviços de baixa complexidade (consultas médicas, exames laboratoriais, RX, Ultrassom) são liberados no momento em que o beneficiário faz o uso do serviço. Para os serviços de alta complexidade (cirurgias cardíacas, quimioterapia, radioterapia), a operadora requer até 21 dias úteis para autorizar ou não a solicitação do beneficiário.

Cabe observar que as autorizações dos procedimentos são realizadas de acordo com a Lista de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS). Quando o plano de saúde do beneficiário não possui cobertura ao procedimento solicitado é realizado acordo com o beneficiário para cobrança com base no valor do serviço estipulado pelo prestador, sem nenhum acréscimo.

A política de reajustes dos contratos com beneficiários é feita com base nas normas da Agência Nacional de Saúde (ANS), sendo que para as pessoas físicas o percentual de reajuste é definido pela própria agência. Para as empresas com mais de 30 beneficiários ativos, o reajuste é calculado de acordo com a sinistralidade ocorrida, por meio da análise de receitas e despesas dos últimos 12 meses, do Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) acumulado ou da negociação direta com os beneficiários.

#### 4 Apresentação e Análise dos Resultados

A Tabela 2 mostra que o grupo de contas com maior representatividade média, no quadriênio, foi o Ativo Circulante (93,84%) com crescimento de 70,60% no período.

**Tabela 2 – Ativo Patrimonial da Operadora (em milhares de reais)**

Ativo	2015	2016	2017	2018	A.V.	A.H.
<b>Ativo Circulante</b>	<b>2.769</b>	<b>3.525</b>	<b>3.031</b>	<b>4.724</b>	<b>93,84%</b>	<b>70,60%</b>
Caixa e Bancos	132	19	11	12	1,16%	-90,95%
Aplicações Financeiras	2.339	3.096	2.413	4.181	80,34%	78,76%
Créditos de Op. com Planos de Assist. à Saúde	228	367	549	475	10,82%	108,01%
Bens e Títulos a Receber	69	42	58	55	1,50%	-19,68%

Realização:





Despesas Antecipadas	1	1	1	1	0,02%	-46,45%
<b>Ativo Não Circulante</b>	<b>64</b>	<b>143</b>	<b>253</b>	<b>462</b>	<b>6,16%</b>	<b>619,69%</b>
Realizável a Longo Prazo	8	14	135	364	3,48%	4.605,20%
Imobilizado	57	129	118	98	2,68%	74,17%
<b>Total do Ativo</b>	<b>2.833</b>	<b>3.668</b>	<b>3.284</b>	<b>5.186</b>	<b>100,00%</b>	<b>83,05%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A conta Aplicações Financeiras possui a maior representatividade média (80,34%) e crescimento de 78,76%. Essa conta se destaca devido à Operadora Alfa seguir a determinação da Agência Nacional de Saúde (ANS) que exige a disponibilidade de recursos monetários como garantia financeira para o cumprimento das obrigações com terceiros.

A conta Créditos de Operações com Planos de Assistência à Saúde possui uma participação média de 10,82% e crescimento de 108,01%. Esse crescimento ocorreu devido ao aumento da inadimplência por causa das mensalidades atrasadas de uma parcela de beneficiários.

As contas do Ativo Não Circulante possuem baixa representatividade média (6,16%). Isso indica que a operadora, por ser uma prestadora de serviços, não requer um conjunto elevado de bens de capital para suporte das atividades. A conta Realizável a Longo Prazo (3,48%) contempla recursos em aplicação financeira e em depósito judicial referente ao valor do INSS Patronal de terceiros, que está em discussão judicial para o não pagamento, uma vez que os terceiros não possuem vínculo empregatício com a Operadora. Por sua vez, a conta Imobilizado (2,68%) é composta, principalmente, por móveis e utensílios destinados às atividades administrativas.

A Tabela 3 mostra o passivo e patrimônio líquido da Operadora Alfa.

**Tabela 3 – Passivo e Patrimônio Líquido da Operadora Alfa (em milhares de reais)**

Passivo	2015	2016	2017	2018	A.V.	A.H.
<b>Passivo Não Circulante</b>	<b>2.906</b>	<b>3.718</b>	<b>3.415</b>	<b>3.644</b>	<b>91,39%</b>	<b>25,41%</b>
Provisões Téc. de Op. de Assist. à Saúde	2.353	2.846	2.897	3.210	75,52%	36,42%
Débitos de Op. de Assist. à Saúde	0		14	12	0,18%	2.720,00%
Provisões	256	510	46	46	5,73%	-82,18%
Tributos e Enc. Sociais a Recolher	82	124	179	183	3,80%	123,18%
Débitos Diversos	214	238	279	193	6,17%	-9,83%
<b>Passivo Não Circulante</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>132</b>	<b>357</b>	<b>3,27%</b>	<b>-</b>
Provisões	-	-	132	357	3,27%	-
<b>Patrimônio Líquido</b>	<b>-73</b>	<b>-50</b>	<b>-263</b>	<b>1.185</b>	<b>5,34%</b>	<b>-1.734,55%</b>
Patrimônio Social	753	753	1.098	1.098	24,73%	45,75%
Déficits Acumulados	-826	-803	-1.361	87	-19,39%	-110,57%
<b>Total do Passivo</b>	<b>2.833</b>	<b>3.668</b>	<b>3.284</b>	<b>5.186</b>	<b>100,00%</b>	<b>83,05%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O grupo de contas com maior representatividade média, no quadriênio, foi o Passivo Circulante (91,39%), com crescimento de 25,41% no período. Desse grupo, a conta com maior destaque foi Provisões Técnicas de Operações de Assistência à Saúde (75,52%). Essa conta se refere à provisão de pagamentos dos serviços médicos (consultas, clínicas médicas, exames laboratoriais, exames de imagens) utilizados pelos beneficiários.

Essa provisão (Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA) é uma estimativa contábil relativa aos serviços de saúde ocorridos, mas ainda não registrados pela operadora para pagamento, conforme a determinação da Agência Nacional de Saúde (ANS). Além disso, essa conta também contempla a provisão dos serviços utilizados no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que os gastos dos beneficiários que utilizaram o Sistema devem ser reembolsados ao governo federal.

Outra conta representativa do Passivo Total (capital de terceiros), no quadriênio, são as Provisões, tanto de curto prazo (5,73%) quanto de longo prazo (3,27%). Essa conta representa o valor uma provisão referente ao Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN), uma vez que os médicos já pagam o ISSQN sobre o valor dos serviços prestados e, por isso, a operadora pode reduzir da base de cálculo do ISSQN a recolher o montante pago aos prestadores de serviços, conforme a atualização da legislação e discussão jurídica. Essa conta também contempla o INSS Patronal de Terceiros que está em discussão judicial para o não pagamento, uma vez que os terceiros não possuem vínculo empregatício. Portanto, a Operadora realizada depósito em juízo e reconhecimento contábil como provisão.

O grupo do Patrimônio Líquido possui representatividade média, no quadriênio, de 5,34%, sendo composto pelas contas Patrimônio Social (24,73%) e Déficits Acumulados (-19,39%). Esse grupo teve variação negativa no período (-1.734,55), devido ao alto valor de déficits acumulados.

A Tabela 4 mostra a Demonstração de Resultado da Operadora Alfa.

**Tabela 4 – Demonstração de Resultado da Operadora Alfa (em milhares de reais)**

Demonstrativo de Resultado	2015	2016	2017	2018	A.V.	A.H.
<b>Contraprestações Efetivas de Plano de Assist. à Saúde</b>	<b>11.095</b>	<b>12.748</b>	<b>14.635</b>	<b>16.844</b>	<b>100,00%</b>	<b>51,82%</b>
Receitas com Operações de Assist. à Saúde	11.357	13.021	15.050	17.235	102,42%	51,76%
(-) Tributos Diretos de Oper. c/ Planos Assist. à Saúde da Op.	(262)	(273)	(415)	(391)	-2,42%	49,23%
<b>Eventos Indenizáveis Líquidos</b>	<b>(9.950)</b>	<b>(9.935)</b>	<b>(12.564)</b>	<b>(12.840)</b>	<b>-81,87%</b>	<b>29,05%</b>
Eventos Conhecidos ou Avisados	(9.832)	(9.807)	(12.397)	(12.637)	-80,75%	28,53%
Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados	(118)	(129)	(167)	(203)	-1,12%	71,72%
<b>Resultado das Op. com Planos de Assist. À Saúde</b>	<b>1.145</b>	<b>2.813</b>	<b>2.071</b>	<b>4.004</b>	<b>18,13%</b>	<b>249,76%</b>
Outras Receitas Operacionais de Planos de Assistência à Saúde	1.669	103	525	201	4,51%	-87,96%
Receitas de Assist. à Saúde Não Relac. c/Planos Saúde da Op.	5	67	511	87	1,21%	1.776,60%
Outras Despesas Operacionais com Plano de Assist. à Saúde	(2.144)	(795)	(997)	(711)	-8,40%	-66,84%
Outras Desp. Oper. Assist. Saúde Não Relac. c/ Planos Saúde da Op.	(70)	(57)	(32)	(30)	-0,34%	-56,86%
<b>Resultado Bruto</b>	<b>605</b>	<b>2.131</b>	<b>2.078</b>	<b>3.551</b>	<b>15,12%</b>	<b>487,03%</b>
Despesas de Comercialização	(84)	(128)	(178)	(159)	-0,99%	87,96%
Despesas Administrativas	(1.876)	(2.118)	(2.295)	(2.042)	-15,06%	8,88%
<b>Resultado Financeiro Líquido</b>	<b>209</b>	<b>139</b>	<b>183</b>	<b>103</b>	<b>1,15%</b>	<b>-50,68%</b>
Receitas Financeiras	377	417	319	235	2,44%	-37,57%

Despesas Financeiras	(168)	(278)	(136)	(132)	-1,29%	-21,22%
<b>Resultado Patrimonial</b>	<b>(2)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>	<b>(5)</b>	<b>-0,02%</b>	<b>183,43%</b>
Despesas Patrimoniais	(2)	(2)	(1)	(5)	-0,02%	183,43%
<b>Resultado Antes dos Impostos e Participações {LO}</b>	<b>(1.148)</b>	<b>22</b>	<b>(213)</b>	<b>1.448</b>	<b>0,20%</b>	<b>-226,14%</b>
<b>Superávit/(Déficit) do Exercício</b>	<b>(1.148)</b>	<b>22</b>	<b>(213)</b>	<b>1.448</b>	<b>0,20%</b>	<b>-226,14%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

No período ocorreu o crescimento das Contraprestações Efetivas no valor de 51,82%. Esse crescimento foi em virtude do aumento do número de beneficiários e dos preços dos planos de saúde comercializados. Os Eventos Indenizáveis Líquidos, que representam os custos dos serviços de saúde (81,57%), tiveram crescimento de 29,05%. Esse crescimento está relacionado, principalmente, ao custo das cirurgias de alta complexidade, enquanto os custos de consultas, exames e terapias mantiveram-se estáveis no período. Constata-se que o crescimento das receitas foi superior aos custos dos serviços prestados, revelando uma situação favorável para a operadora.

Na Demonstração de Resultado do período destacam-se também, no quadriênio, as contas Despesas Administrativas (15,06%) e Outras Despesas Operacionais com Plano de Assistência à Saúde (8,40%). As Despesas Administrativas cresceram 8,88% ao longo do período e representam os gastos com salários e encargos, pagamentos com fornecedores, comissões de vendas. Esse crescimento foi devido à ampliação da área de abrangência comercial com a contratação de fornecedores, funcionários e aluguel de salas para atendimento dos beneficiários.

A conta Outras Despesas Operacionais contempla os gastos com fornecedores de serviços médicos que não estavam credenciados pela operadora, principalmente devido à nova área de atuação comercial da operadora. Além disso, nessa conta são reconhecidas as devoluções das mensalidades pelo cancelamento de planos de saúde, principalmente dos novos beneficiários advindos da política de expansão comercial, com a justificativa da ausência de rede credenciada na prestação de serviços de saúde. No período, essas despesas diminuíram em 66,84%, pois foi cancelada a política de expansão comercial, o que, por consequência, fez reduzir os gastos com serviços não credenciados e com devolução de mensalidades.

Os resultados dos exercícios apresentaram significativas oscilações no período. Nos anos de 2015 e 2017 ocorreram déficits, enquanto nos anos de 2016 e 2018, a Operadora Alfa obteve superávits. Os déficits do período foram ocasionados principalmente por gastos elevados registrados na conta de custos com Eventos Conhecidos ou Avisados (80,75%) e na conta de Despesas Administrativas (15,06%).

A partir dos déficits acumulados, no ano de 2018 foram realizadas ações gerenciais para melhoria do resultado organizacional, com destaque para: a) redução no quadro de funcionários; b) contratação de consultoria de gestão; c) reorganização do modelo de gestão; d) cancelamento de contratos de prestação de serviços; e) implantação do setor de cobrança; f) cancelamento da expansão comercial e g) cancelamento de alguns contratos de plano de saúde do tipo Coletivo por Adesão na forma de pós-pagamento. Com essas ações gerenciais, a Operadora Alfa obteve um lucro de R\$ 1.448 (milhões) com margem de lucro de 8,60%, além de melhoria no processo de gestão e nos indicadores econômico-financeiros.

A Tabela 5 apresenta os indicadores de liquidez da Operadora Alfa.

**Tabela 5 – Indicadores de Liquidez**

Indicadores	2015	2016	2017	2018
Liquidez Imediata (LI)	0,05	0,01	0,00	0,00
Liquidez Corrente (LC)	0,95	0,95	0,89	1,30
Liquidez Geral (LG)	0,96	0,95	0,89	1,27

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

No período de 2015 a 2017, a Operadora possuía uma situação de liquidez desfavorável, pois todos os indicadores estavam abaixo de 1,00. O indicador de Liquidez Imediata (LI) não é significativo para a operadora, uma vez que sua política financeira não investe recursos financeiros disponíveis em aplicações de curto prazo. Esses achados vão ao encontro de Câmara et al. (2008) dado que observaram que, o índice de liquidez das operadoras de planos de saúde que investigaram, diminuía ao longo do tempo.

Os indicadores de Liquidez Corrente (LC) e Geral (LG) também ficaram abaixo de 1,00 nos três primeiros anos. Isso indica que a Operadora não tinha recursos suficientes para liquidar as dívidas de curto e longo prazos. Nesse período, a Operadora teve gastos extras referentes à liquidação de tributos e às medicações exigidas em ações judiciais, devido à não cobertura dos serviços do plano de saúde. Além disso, ocorreram gastos com cirurgias em hospitais não credenciados para algumas especialidades não disponíveis na rede credenciada.

No ano de 2018, os indicadores de Liquidez Corrente (LC) e Geral (LG) melhoraram, principalmente com o aumento da conta Aplicações Financeiras (R\$ 4.181 milhões) e do superávit (R\$ 1.448 milhões). Nesse ano, o resultado do período foi positivo, devido à diminuição de despesas administrativas, cancelamentos de contratos com fornecedores, desligamento de funcionários e redução da área de atuação comercial. Além disso, outro fator que ajudou a melhorar a situação de liquidez foi a baixa parcial referente ao valor de provisão do Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN), devido à atualização da legislação. Reafirma-se com isso, os achados de Ávila e Amorim (2016) visto que, das 5 operadoras de planos de saúde que analisaram, observaram que 4 delas apresentaram um índice de liquidez corrente favorável.

A Tabela 6 mostra os indicadores de endividamento da Operadora Alfa.

**Tabela 6 – Indicadores de Endividamento**

Indicadores	2015	2016	2017	2018
Composição do Endividamento (CEN)	1,00	1,00	0,96	0,91
Endividamento com Terceiros (ETE)	-40,08	-74,13	-13,49	3,38
Endividamento Total (ETO)	1,03	1,01	1,08	0,77

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os indicadores de endividamento mostram um elevado nível de dívidas para com terceiros como forma de suporte às operações. O indicador Composição de Endividamento (CEN) aponta que quase a totalidade das dívidas com terceiros vence no curto prazo. Essas dívidas estão



relacionadas às atividades de custeio da Operadora, tais como pagamento dos prestadores de serviços médicos de consultas, laboratórios, clínicas, hospitais e do reconhecimento da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA).

No período de 2015 a 2016, os indicadores de Endividamento com Terceiros (ETE) foram negativos devido aos déficits acumulados que, por consequência, geraram um patrimônio líquido negativo (patrimônio líquido a descoberto). Isso revela que a operadora não tinha recursos próprios para honrar as dívidas. Cabe salientar que os proprietários da operadora, por pertencer a uma organização hospitalar sem fins lucrativos, não possuem recursos próprios disponíveis para integralizar o capital da empresa. Esses resultados corroboram com Câmara et al. (2008) haja vista que, também constataram que o índice de endividamentos das operadoras de planos de saúde foi desfavorável. No ano de 2018, a operadora apresentou resultado positivo, entretanto ainda possui elevada participação do capital de terceiros, pois para cada R\$ 1,00 de capital próprio a empresa utiliza R\$ 3,38 de capital de terceiros no financiamento das operações.

No período, os indicadores de Endividamento Total (ETO) são superiores a R\$ 1,00. Isso mostra que para cada R\$ 1,00 de ativos a Operadora Alfa deve para terceiros R\$ 1,03 (2015), R\$ 1,01 (2016) e R\$ 1,08 (2016). Somente no ano de 2018, a dívida com terceiros teve menor representatividade em relação aos ativos, evidenciando que a empresa tinha ativos de curto e longo prazos suficientes para liquidar as obrigações. No ano de 2018, a diminuição da representatividade do capital de terceiros foi ocasionada pela redução das contas provisões e débitos diversos. Consequentemente, a baixa desses passivos foi reconhecida no resultado como receita, aumentando o superávit no período. Apesar do endividamento ser desfavorável, no entanto, apresentou melhoria em 2018, fato que converge com os achados de Ávila e Amorim (2016).

A Tabela 7 evidencia os indicadores econômicos da Operadora Alfa.

**Tabela 7 - Indicadores Econômicos da Operadora Alfa**

Indicadores	2015	2016	2017	2018
Margem Bruta	5,45%	16,72%	14,20%	21,08%
Margem Operacional	-10,35%	0,18%	-1,45%	8,60%
Margem Líquida	-10,35%	0,18%	-1,45%	8,60%
Margem EBITDA	-12,12%	-0,78%	-2,55%	8,16%
Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE)	-	-44,55%	-	122,18%
Retorno sobre Ativo (ROA)	-40,52%	0,61%	-6,48%	27,92%

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

No período de 2015 a 2018, os indicadores econômicos de margens de lucratividade Bruta, Operacional e Líquida revelaram que a operadora apresentou baixo superávit bruto e déficits operacionais e líquidos. Observa-se que após as deduções da receita de contraprestações efetivas e dos custos de eventos indenizáveis, a margem bruta é positiva e a mais elevada é de R\$ 3.551 (milhões) (21,08%), no ano de 2018. Em seguida, com o reconhecimento das despesas e receitas operacionais, a Operadora Alfa apresenta Margens Operacionais e Líquidas negativas nos anos de 2015 (-10,35%) e de 2017 (-1,45%) e positivas nos anos de 2016 (0,18%) e 2018 (8,60%).



A redução dessas margens de lucratividade foi devido ao aumento das despesas administrativas referente à expansão comercial da área de atuação com a contratação de serviços, publicidade, funcionários e aluguel de salas de atendimento para os beneficiários. Além disso, ocorreram os gastos extras com beneficiários que exigiam serviços que a Operadora não possuía em sua rede credenciada.

Logo, foi preciso custear tais demandas em redes particulares de serviços de saúde, principalmente para consultas médicas, exames e cirurgias, com pouca margem de negociação de preços. Outro fator que prejudica a lucratividade é a sinistralidade dos beneficiários, uma vez que os gastos com serviços de saúde podem ser superiores às contraprestações recebidas pela Operadora.

No período de 2015 a 2017, o indicador Margem EBITDA aponta que o resultado da operação, desconsiderando as despesas econômicas, resultado financeiro e tributos sobre o lucro, é negativo. Consequentemente, os indicadores econômicos de Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE) e Retorno sobre o Ativo (ROA) foram desfavoráveis devido aos déficits do período e do patrimônio líquido negativo (descoberto).

Em síntese, os resultados revelaram que nos anos de 2015 a 2017, a Operadora Alfa não apresentava resultados satisfatórios e que, portanto, necessitava de uma revisão no modelo de gestão do negócio quanto aos custos dos serviços prestados, à política comercial e às despesas administrativas. Esses resultados vão ao encontro de Câmara et al. (2008) visto que, constatam que os indicadores econômicos e financeiros das operadoras de planos de saúde, diminuam ao longo do período analisado. No ano de 2018 foram realizadas algumas ações gerenciais para reverter os déficits dos períodos anteriores, tais como: a) realização de acordos extrajudiciais para liberação de cirurgias, exames ou procedimentos para os beneficiários que possuem o plano sem cobertura; b) contratação de um funcionário para o setor de crédito e cobrança; c) cancelamento de contratos de serviços relacionados à expansão da área de atuação; d) redução do quadro de funcionários; e) cancelamento de contrato de aluguel de salas de atendimento; f) contratação de consultoria na área de gestão e g) análise de reajuste de preços de acordo com a sinistralidade do beneficiário. Observa-se que essas ações de melhoria levaram convergiram com os achados de Ávila e Amorim (2016).

Em relação aos custos dos serviços prestados, cabe observar que serviços de saúde possuem preços elevados e que, em grande parte, a Operadora não possui poder de negociação para redução desses custos, como por exemplo a negociação com prestadores de serviços sobre os custos de determinada cirurgia ou dos exames de alta complexidade médica. Por outro lado, os prestadores de serviços em saúde procuram constantemente aumentar os preços dos serviços devido aos riscos que envolvem a atividade médica, como cirurgia, medicamentos e internações.

Quanto à política comercial, tem-se algumas restrições, tais como: a) dificuldade de aplicar reajustes, pois muitos beneficiários, tanto pessoa jurídica quanto pessoa física, não aceitam aumento de preços; b) dificuldade de conquistar novos clientes, uma vez que existe forte concorrência e a crise econômica do país prejudica o poder aquisitivo dos indivíduos; c) área de atuação limitada a municípios de pequeno porte e com indivíduos com baixo poder aquisitivo para planos de saúde e d) alta inadimplência pela falta de pagamentos de alguns beneficiários. Tudo isso prejudica o crescimento da lucratividade das operações.

A partir das ações gerenciais ocorreram melhorias no processo de gestão que ocasionaram o aumento da Margem Bruta (21,08%), da Margem Operacional (8,60%), da Margem Líquida (8,60%), da Margem EBITDA (8,16%), do Retorno sobre Patrimônio Líquido (122,18%) e do Retorno sobre o Ativo (27,92%).

## 5 Considerações Finais

A análise de desempenho econômico-financeiro é importante para que gestores, proprietários e demais interessados consigam visualizar a situação organizacional e a eficácia no alcance dos resultados almejados. Diante disso, o objetivo geral da pesquisa foi verificar a situação econômico-financeira de uma operadora de plano de saúde localizada no sul do Brasil no período entre 2015 a 2018.

Os resultados da pesquisa mostraram que no Balanço Patrimonial da Operadora Alfa, os grupos de contas mais representativos, em média no quadriênio, foram Ativo Circulante (93,84%) e Passivo Circulante (91,39%). As contas mais relevantes foram Aplicações Financeiras (80,34%) do Ativo e Provisões Técnicas de Operações de Assistência à Saúde (75,52%) do Passivo. Quanto à Demonstração de Resultado, os custos relacionados aos Eventos Indenizáveis possuem representatividade, em média, de 81,87% e as Despesas Administrativas possuem representatividade, em média no quadriênio, de 15,06%. Os resultados foram desfavoráveis nos anos de 2015 a 2017, com déficits significativos no período.

Os indicadores econômico-financeiros apontaram uma situação desfavorável entre os anos de 2015 a 2017. Nesse período, a situação de liquidez evidenciava a falta de recursos para honrar as obrigações, a situação de endividamento indicava uma elevada participação de capital de terceiros no financiamento das operações e a situação econômica mostrava falta de lucratividade e rentabilidade, devido aos déficits acumulados. Entretanto, no ano de 2018, com as ações gerenciais, os indicadores revelaram uma situação econômico-financeira favorável com indicadores positivos de lucratividade e de rentabilidade, bem como a melhoria na capacidade de pagamento e na redução de dívidas com terceiros.

Os resultados também evidenciaram que a desvinculação da Operadora Alfa, do CNPJ da matriz, proporcionou aos gestores a compreensão da realidade econômico-financeira do negócio, uma vez que antes o desempenho da operadora ficava em conjunto com o desempenho da matriz. Isso afetava na análise do desempenho efetivo do negócio, prejudicando as decisões gerenciais. A partir da desvinculação, o desempenho da Operadora ficou mais aparente e de modo específico, permitindo constatar pontos fortes e fracos de gestão, bem como o desenvolvimento de ações gerenciais para minimizar fragilidades e deficiências das atividades e para aumentar a eficácia organizacional.

Diante dos resultados, conclui-se que a Operadora apresentou uma situação econômico-financeira desfavorável entre os anos de 2015 e 2017. As ações gerenciais realizadas no ano de 2018 conseguiram reverter o desempenho econômico-financeiro para uma situação favorável, com a geração de resultado líquido positivo (8,60%). Entretanto, cabe mencionar que o elevado custo de serviços prestados, a política comercial limitada, os procedimentos autorizados via processo

judicial e a alta sinistralidade nos contratos impõem baixa margem de lucratividade para a Operadora e isso prejudica a geração de recursos para fazer frente às demandas operacionais. Portanto, os gestores devem ficar atentos à estrutura do modelo de negócio para assegurar o atendimento aos beneficiários e a sobrevivência organizacional.

Como sugestão para pesquisas futuras indica-se: a) a continuação do estudo em períodos futuros para consolidar os resultados e para verificar a evolução da situação econômico-financeira da Operadora e b) a realização de estudos comparativos com outras operadoras de planos de saúde para cotejamento de resultados.

## Referências

- Agência Nacional de Saúde. (2000). *Resolução de diretoria colegiada – RDC n. 39, de 27 de outubro de 2000*. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Recuperado em 24 de abril, 2019, de: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>.
- Agência Nacional de Saúde (2012). *Resolução normativa – RN n. 316, de 30 de novembro de 2012*. Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde. Recuperado em 23 de abril, 2019, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjMxNA==>.
- Agência Nacional de Saúde. (2016). *Resolução normativa – RN n. 400, de 25 de fevereiro de 2016*. Dispõe sobre os parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à saúde e de monitoramento estratégico do mercado de saúde suplementar. Recuperado em 23 de abril, 2019, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzIwNQ==>.
- Agência Nacional de Saúde. (2019). *Modalidade da operadora*. Recuperado em 09 de abril, 2009, de [http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas\\_operadora.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_operadora.htm).
- Agência Nacional de Saúde (2019). *Planos de saúde e operadoras*. Recuperado em 14 de abril, 2019, de <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora>.
- Assaf, A. N. (2012). *Finanças corporativas e valor* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Assaf, A. N. (2015). *Estrutura e análise de balanços: um enfoque econômico financeiro* (11a ed.). São Paulo: Atlas.
- Ávila, L. B., & Amorim, E. G. (2016). Uma análise comparativa das cinco maiores operadoras de Saúde Suplementar e as tendências para o setor. *Anais do Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde - Convibra*, São Paulo, SP, Brasil, 5.
- Borges, J. G., & Carvalho, M. M. (2011). Sistemas de indicadores de desempenho em projetos. *Revista de Gestão e Projetos*, 2(1), 174-207.
- Bruni, A. L. A. (2014). *Análise contábil e financeira*. 3. ed. São Paulo: Atlas.
- Câmara, R. P. B., Sobrinho, M. R. M., & Lima, L. S. (2008). *Análise financeira nas operadoras de*

- planos de saúde. *Revista Ciências Administrativas*, 14(1), 105-121.
- Frezatti, F., Rocha, W., Nascimento, A. R., & Junqueira, E. (2009). *Controle gerencial: uma abordagem da contabilidade gerencial no contexto econômico, comportamental e sociológico*. São Paulo: Atlas.
- Gasparetto, V. (2004). O papel da contabilidade no provimento de Informações para a avaliação do desempenho empresarial. *Revista Contemporânea de Contabilidade*, 1(2), 11-40.
- Guimarães, A. D. S., & Nossa, V. (2010). Capital de giro, lucratividade, liquidez e solvência em operadoras de planos de saúde. *Brazilian Business Review*, 7(2), 40-63.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1997). *Estratégia em ação: balanced scorecard*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Lima, C. R. M. (2008). Informação e regulação da assistência suplementar à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(1), 767-783.
- Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (2000). Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá Outras Providências. Brasília, DF. Recuperado em 14 de abril, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm).
- Marion, J. C. (2010). *Análise das demonstrações contábeis* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Matarazzo, D. C. (2010). *Análise financeira de balanços: abordagem geral* (7a ed.). São Paulo: Atlas.
- Matos, A. J. (2002). *Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão*. São Paulo: STS.
- Miranda, L. C., & Azevedo, S. G. (2009). Indicadores de desempenho gerencial mais utilizados pelos empresários: estudo comparativo Brasil – Portugal. *Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP*, 3(6), 117-142.
- Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4), 80-116.
- Perez, M. M., & Famá, R. (2003). Métodos de avaliação de empresas e o balanço de determinação. *Caderno de Pesquisa em Administração*, 10(4), 47-59.
- Rummler, G., & Brache, A. (1994). *Melhores desempenhos das empresas* (2a ed.). São Paulo: Makron Books.
- Soares, M. A. (2006). *Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Controladoria e Contabilidade - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.