

Faculdade FIPECAFI

Programa de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças

**Informações contábeis nas operadoras de planos de saúde: uma
proposta de identificação de gerenciamento de resultados**

Isamara Silva Cota

São Paulo

2018

Diretor Presidente

Prof. Dr. Welington Rocha

Diretor de Pesquisa

Prof. Dr. Fabio Frezatti

Diretor Geral de Cursos

Prof. Ms. João Domiraci Paccez

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Controladoria e

Finanças

Profa. Dra. Maria Thereza Pompa Antunes

Isamara Silva Cota

Informações contábeis nas operadoras de planos de saúde: uma proposta de identificação de gerenciamento de resultados

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças da Faculdade FIPECAFI, para a obtenção do título de Mestre Profissional em Controladoria e Finanças.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Lopes da Silva

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio Convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca Faculdade FIPECAFI

Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis Atuárias e Financeiras (FIPECAFI)

Dados fornecidos pelo (a) autor (a)

L437p

Cota, Isamara Silva

Informações contábeis nas operadoras de planos de saúde: uma proposta de identificação de gerenciamento de resultados /Isamara Silva Cota. -- São Paulo, 2018.

86 p.: il.col.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças – Faculdade FIPECAFI
Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis Atuárias e Financeiras
Orientador: Prof.^a Dr.^a. Fabiana Lopes da Silva

1. Gerenciamento de resultados. 2. Operadoras de planos de saúde. 3. Saúde suplementar. 4. Normas contábeis. I. Prof.^a Dr.^a Fabiana Lopes da Silva II. Título

657.0218

Nome: Cota, Isamara Silva

Título: Informações contábeis nas operadoras de planos de saúde: uma proposta de identificação de gerenciamento de resultados

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Controladoria e Finanças da Faculdade FIPECAFI, para a obtenção do título de Mestre Profissional em Controladoria e Finanças.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Fabiana Lopes da Silva

Instituição: Faculdade FIPECAFI

Julgamento: _____

Profa. Dra. Marta Cristina Pelucio Grecco

Instituição: Faculdade FIPECAFI

Julgamento: _____

Profa. Dra. Cecília Moraes Santostaso Geron

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Julgamento:

Dedico este trabalho à minha mãe e à minha avó, pelo amor, educação e exemplo de trabalho e persistência. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela oportunidade de concluir mais esta etapa tão sonhada e desejada. Agradeço a todos aqueles que me incentivaram e me apoiaram durante essa jornada, em especial à minha família por todo o apoio mesmo à distância, por não me deixarem desistir, mesmo quando tudo não parecia possível. Agradeço à Juliana pelo apoio incondicional, pela compreensão e companheirismo.

Meus agradecimentos especiais à Profa Dra. Fabiana Lopes da Silva, pela infinita disponibilidade, que tão bem me guiou e orientou durante o mestrado, compartilhando conhecimentos e contribuindo para minha formação. Agradeço à Profa Dra. Marta Pelucio e Profa. Dra. Cecília Geron, pelas valiosíssimas contribuições como membros da banca.

Agradeço aos colegas de classe, em especial à Maria, que compartilharam seus conhecimentos e experiências acadêmicas e profissionais, aos professores do mestrado por todas as contribuições e conhecimentos transmitidos.

Por fim, agradeço à FIPECAFI e a todos os profissionais que atuam para proporcionar ensino de qualidade, minha gratidão pela oportunidade de realização do mestrado.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

RESUMO

O objetivo principal deste trabalho foi identificar possível gerenciamento de resultados pelas operadoras na modalidade de cooperativas médicas no período de 2013 a 2016, para uma amostra composta de 300 operadoras de planos de saúde. A abordagem utilizada para a identificação do gerenciamento de resultados foi de *accruals* específicas, com a aplicação de regressão com dados em painel, processados por meio do *software Gretl*. No que diz respeito às evidências empíricas, foram realizadas duas análises: a primeira que buscou identificar se as operadoras gerenciavam resultados por meio das contas denominadas “Outros Resultados Não relacionados com planos de saúde da Operadora”, revelando evidências estatísticas de que as demonstrações financeiras das operadoras constantes na base de dados da ANS, apresentam indícios de gerenciamento de resultados por meio destas contas. Os resultados também apontam que as operadoras de grande porte tendem a gerenciar mais que as de pequeno porte. A segunda análise, avaliou se as operadoras gerenciam resultados por meio das provisões técnicas com a utilização da variável variação da PEONA. Não foram encontradas evidências estatísticas que possibilitassem confirmar que os gestores estivessem utilizando esta provisão para gerenciamento de resultados. Considerando este resultado, que contraria estudos anteriores, com janela temporal diferente, principalmente após grande alteração normativa na forma de calcular esta provisão, leva a crer que estas influenciaram neste comportamento. Desta forma, entende-se que o processo de normatização, cumpriu seu papel fundamental de reduzir o gerenciamento de resultados.

Palavras-chave: Gerenciamento de Resultados; Operadoras de Planos de Saúde; Setor de Saúde Suplementar; Normas Contábeis.

ABSTRACT

The main objective of this work was to identify possible earnings management by the by health maintenance organization (HMO) in the form of a medical cooperative from 2013 to 2016, for a sample composed of 300 health plan operators. The approach used to identify the earnings management was specific accruals, with the application of regression with panel data, processed through Gretl software. Regarding the empirical evidence, two analyzes were carried out: the first one that sought to identify if the operators managed results through the accounts denominated "Other Results Not Related to Operator Health Plans", revealing statistical evidence that the financial statements of operators in the ANS database, present indications of results management through these accounts. The results also point out that large operators tend to manage more than small ones. The second analysis evaluated whether operators manage earnings through technical provisions using the PEONA variation variable. No statistical evidence was found to confirm that managers were using this provision for earnings management. Considering this result, which contradicts previous studies, with a different time window, mainly after a large change in the way of calculating this provision, leads us to believe that they influenced this behavior. In this way, it is understood that the standardization process has fulfilled its fundamental role of reducing the earnings management.

Key Words: Earning Management; Health Maintenance Organization; Supplementary Health Sector; Accounting Standards.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de Gerenciamento de Resultados.....	23
Figura 2 - Processo Normativo segundo Reale	30
Figura 3 - Sistema de regulação bipartite	32
Figura 4 - Características do setor antes e depois da regulamentação.....	32
Figura 5 - Organograma ANS	33
Figura 6 - Organograma da definição, segmentação e classificação das OPS	35
Figura 7 - Gráfico 1 Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2017).....	37
Figura 8 - Taxa de crescimento anual do número de beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - março/2013-março/2017).....	38
Figura 9 - Mapa da Cadeia da Saúde Suplementar.....	38
Figura 10 - Fluxo processual do acompanhamento econômico-financeiro das operadoras	48
Figura 11 - Gráfico esquemático da segregação da PESL.....	52
Figura 12 - Ativos Garantidores	53
Figura 13 - Testes de Comparação entre os Modelos.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro Resumo das Pesquisas Internacionais	25
Tabela 2 - Quadro Resumo das Pesquisas Nacionais	27
Tabela 3 - Atribuições Diretorias ANS	33
Tabela 4 - Macroestrutura do Plano de Contas Padrão - ANS	40
Tabela 5 - Pronunciamentos do CPC Aplicados ao Setor de Saúde Suplementar	41
Tabela 6 - Exemplo Reconhecimento Receita.....	44
Tabela 7 - Análise econômico-financeira das OPS	49
Tabela 8 - Cenário PEONA	51
Tabela 9 - Perfil da amostra por porte	55
Tabela 10 - Quadro Resumo da Pesquisa	57
Tabela 11 - Variáveis do Estudo	61
Tabela 12 - Plano de Contas Padrão - ANS.....	62
Tabela 13 - Estatística Descritiva das Variáveis	71
Tabela 14 - Resultados das estimações realizadas para o Modelo 1 em dados em painel	73
Tabela 15 - Estimação com Erro-Padrão Robusto por Efeitos Fixos para a Variável Outros Resultados não Operacionais (ORNR OPS).....	74
Tabela 16 - Resultados das estimações realizadas para o Modelo 1 em dados em painel	76
Tabela 17 - Estimação com Erro-Padrão Robusto por Mínimo Quadrado Ordinário - Pooled para a Variável Var_PESL_PEONA	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações

CFC – Conselho Federal de Contabilidade

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar

CPC – Comitê de Pronunciamentos Contábeis

CVM – Comissão de Valores Mobiliários

DIOPS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde

IBNR – *Incurred But Not Reported* (Sinistros Ocorridos e Não Avisados)

IFRS – *International Financial Reporting Standards*

OPS – Operadora de Planos de Saúde

PEONA – Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados

PESL – A Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

RN – Resolução Normativa

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução.....	15
1.1 Contextualização do tema.....	15
1.2 Questão de pesquisa	16
1.3 Objetivo Geral	17
1.3.1 Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificativa.....	17
1.5 Contribuições.....	18
2. Referencial Teórico	21
2.1 Informações Contábeis e Gerenciamento de Resultados.....	21
2.1.1 Abordagens metodológicas.....	23
2.1.2 Estudos empíricos sobre gerenciamento de resultados.....	24
2.1.2.1 Estudos Internacionais.....	24
2.1.2.2 Estudos no Brasil.....	26
2.2 Teorias da Regulação.....	28
2.3 Evolução da regulação do setor de saúde suplementar	31
2.4 O mercado de saúde suplementar	36
2.5 Regulação da contabilidade nas operadoras de planos de saúde.....	39
2.6 Reconhecimento de Receitas e Despesas na Saúde Suplementar.....	43
2.6.1 Receitas.....	43
2.6.2 Despesas	45
2.7 Acompanhamento Econômico-financeiro pela ANS	47
2.7.1 Provisões Técnicas e Solvência.....	50
2.7.1.1 Peona – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados	50
2.7.1.2 PESL - Provisão Para Eventos / Sinistros a Liquidar.....	51
2.7.1.3 Ativos Garantidores.....	53
3. Procedimentos Metodológicos	55
3.1 Tipologia da pesquisa	55
3.2 População e amostra	55
3.3 Coleta de dados.....	56
3.4 Abordagem metodológica	56
3.5 Hipóteses	57
3.6 Modelo de dados em painel.....	58

3.7 Definição Teórica e Operacional das Variáveis	60
3.8 Modelos	66
4. Análise dos Resultados	71
4.1 Estatística Descritiva	71
4.2 Regressão.....	72
4.2.1 Primeiro Modelo: gerenciamento de resultados por meio do resultado de Outras Operações Não Relacionadas com Planos de Saúde da OPS	72
4.2.2 Segundo Modelo: gerenciamento de resultados por meio das Provisões Técnicas.....	75
5. Considerações Finais	79
Referências	81

1. Introdução

1.1 Contextualização do Tema

Com a regulação dos planos de saúde em 1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – [ANS] em 2001, surgiu a obrigatoriedade de envio das informações contábeis para a agência. Iniciou-se desde então, o acompanhamento da saúde econômico-financeira das operadoras (ANS, 2016). De acordo com Cardoso (2005) caso essa “saúde” econômico-financeira apresente fragilidades a agência reguladora atua instaurando planos de recuperação.

Considerando este fato, as operadoras de planos de saúde buscam estar sempre dentro dos padrões estabelecidos, cuja exigências são rigorosas para manterem autorização de funcionamento concedida pelo órgão. Ressalta-se que neste ponto existe grande motivação ou incentivo para gerenciamento de resultado por parte dos gestores (Mattos & Macedo, 2014).

Com o objetivo de regular as informações contábeis, periodicamente a ANS publica o Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar e um instrumento de Normas Gerais. Essa regulação incide basicamente sobre operações de planos de saúde registrados pela operadora. Entretanto, a maioria das operadoras possuem operações registradas também em contas que estão fora do escopo dos indicadores acompanhados pela ANS, denominadas por “Operações não relacionadas com planos de saúde de assistência à saúde da própria operadora”.

Corroborando o exposto, Paulo, Martins e Corrar (2007) destacam que um dos motivos que possibilita a escolha de alternativas válidas com o objetivo de apresentar informações da forma desejada, é a existência de critérios múltiplos das normas e práticas contábeis.

Souza (2014) analisou os resultados econômicos do mercado de planos privados de saúde no contexto da regulação do setor no Brasil no período de 1999 a 2012. Observou que houve um aumento significativo do resultado de outras atividades nas operadoras, incluindo a prestação de serviços de saúde para outras Operadoras e para o SUS, representando 3% das mensalidades (Souza, 2014).

Vale também destacar os achados de Cardoso (2005), que verificou que as operadoras escolhem práticas contábeis que as ajudam a evidenciar a situação econômico-financeira mínima exigida pela ANS, em resposta à regulação. Segundo o autor as práticas de gerenciamento são simples e focam, principalmente o resultado e o patrimônio líquido. Esse fato pode ser fruto do despreparo dos profissionais e da própria ANS (Cardoso, 2005).

De acordo com Grecco (2013) por meio da normatização contábil o gerenciamento de resultados pode ser restringido, em particular pelos órgãos reguladores, como as agências reguladoras, que regulam e fiscalizam além da atividade econômica, também as normas contábeis.

Outro aspecto importante refere-se a margem de solvência, que deverá estar suficiente até 2022, além dos ativos garantidores necessários para cobrir provisões técnicas. A pressão por melhores resultados para aumentar o patrimônio líquido e cobrir a necessidade de constituição de margem de solvência, pode ser uma grande motivação para o gerenciamento de resultados.

Considerando a magnitude do setor e existindo tal necessidade, Souza (2014) assegura que “a regulação prudencial, a despeito dos avanços realizados, requer atenção, dado o quantitativo de empresas que não atendem integralmente os parâmetros da regulação para as provisões técnicas e, principalmente, os ativos garantidores”.

Com uma expressiva representatividade na economia brasileira, o setor em dezembro de 2016, detinha quase um terço da população (47,4 milhões de beneficiários), com receitas de mensalidades de planos, no exercício de 2016 que somavam mais de 161,3 bilhões de reais. Desta receita, 32% pertencem às cooperativas médicas, sendo a modalidade mais representativa, o que motivou a delimitação da pesquisa.

1.2 Questão de Pesquisa

Considerando as normas regulatórias da ANS e o aumento das operações registradas em contas não relacionadas com planos de saúde de assistência à saúde, elabora-se a seguinte questão de pesquisa: **há evidências significativas de gerenciamento de resultados pelas operadoras na modalidade de cooperativas médicas?**

1.3 Objetivo Geral

Identificar possível gerenciamento de resultados pelas operadoras na modalidade de cooperativas médicas no período de 2013 a 2016.

1.3.1 Objetivos específicos

- ✓ Identificar variáveis que são significativas para explicar o possível gerenciamento de resultado.
- ✓ Desenvolver um modelo específico que permita explorar as peculiaridades das escolhas contábeis que envolvem as práticas contábeis no setor de saúde suplementar.

1.3.2 Hipóteses de Pesquisa

As seguintes hipóteses de pesquisa foram levantadas:

H1: As operadoras na modalidade de cooperativa médica gerenciam resultados por meio das contas “Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora”.

H2: As operadoras na modalidade de cooperativa médica gerenciam resultados por meio da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA).

1.4. Justificativa

O presente trabalho justifica-se pela relevância do tema abordado, e a importância do mercado de saúde suplementar, uma vez que este acaba suplementando atividades de acesso à saúde, garantidas constitucionalmente à sociedade, além do alto risco envolvido nas atividades deste mercado.

Como o acompanhamento da saúde financeira dessas empresas é de responsabilidade da ANS, e estas devem atender a todos os critérios de sustentabilidade econômico-financeiro, pesquisar o setor e identificar possíveis gargalos regulatórios que possam influenciar essas informações é de grande valia para todos os interessados.

A importância de estudos nessa área é evidenciada no trabalho de Kudlawicz (2013) ao afirmar que “muitos autores dedicam seu tempo para pesquisar o setor, mas por ser amplo, ainda existe muito a pesquisar, principalmente sobre sua situação econômica e financeira”.

Recentemente a Unimed Paulistana, uma das maiores operadoras de planos de saúde do Brasil, com aproximadamente 744 mil beneficiários, teve sua liquidação extrajudicial decretada em 25 de janeiro de 2016, por meio da Resolução Operacional (RO) nº 1.986. Medida esta que encerra o processo de retirada ordenada e definitiva dessa empresa do mercado de planos de saúde.

Conforme ANS (2016c) a medida foi tomada considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves constantes do processo administrativo nº 33902.495501/2015-42. Entre as anormalidades estão Patrimônio Líquido negativo, índice de liquidez corrente e geral menor que um, insuficiência de ativos garantidores além de estar altamente endividada.

Importante mencionar que esta situação, está presente nos balanços da Unimed Paulistana desde 2012. Conforme a ANS o regime de direção fiscal tem duração de até 365 dias definidos por lei. Durante esse período, a operadora deverá apresentar um Programa de Saneamento com medidas efetivas capazes de reverter as anormalidades detectadas. A elaboração e implantação das medidas propostas serão avaliadas e acompanhadas presencialmente pelo diretor fiscal.

Esse fato revela uma possível fragilidade de controles utilizados para monitorar as operadoras, justificando-se uma avaliação acurada dos conjuntos de indicadores utilizados pelo órgão regulador e pelo mercado como um todo.

1.5 Contribuições

A pesquisa pretende contribuir de forma concreta e aplicável para o setor de saúde suplementar, nas cooperativas médicas, compreendendo melhor a regulação e as práticas da contabilidade específicas para este mercado. Espera-se que ao analisar como a regulação pode influenciar o resultado apresentado pelas operadoras, será possível identificar situações específicas da área.

A partir do exposto, a contribuição trará à luz da teoria um horizonte sobre a regulação e o cumprimento das normas, bem como redução do risco de assimetria de informações com a proposta de aplicação prática declarada nos objetivos, servindo ainda, para que este sistema de cooperativas possa revisar suas estratégias econômico-financeiras e nortear rumos sustentáveis e perenes.

Ressalta-se, que os normativos relacionados à regulação contábil, são inicialmente debatidos com entidades representativas de grupos profissionais, e depois colocados em consulta pública pela ANS, onde a sociedade pode participar e contribuir. Desta forma, pretende-se contribuir ainda com a discussão de proposta que reduzam a discricionariedade dos gestores que atuam neste mercado.

2. Referencial Teórico

2.1 Informações Contábeis e Gerenciamento de Resultados

Segundo Paulo (2007), um dos principais papéis da contabilidade é a redução da assimetria da informação, minimizando conflito de interesses e, conseqüentemente contribuindo para a adequada alocação dos recursos disponíveis. Neste sentido, a contabilidade influencia decisões dos seus usuários, afetando a alocação dos recursos e o funcionamento dos mercados (Paulo, 2007; Melo, 2015).

Martinez (2013) alerta sobre o risco da intervenção nos números contábeis reportados, já que as demonstrações financeiras sintetizam informações relevantes sobre o desempenho da entidade. O lucro acaba por exercer um papel central, sendo empregado para diversos fins. Desta forma, especialmente em mercados regulados, onde uma série de indicadores que resultam das demonstrações financeiras, devem ser avaliados para evidenciar se a empresa está apta ou não a atuar no mercado.

O tema gerenciamento de resultados vem sendo objeto de diversos estudos acadêmicos. Martinez (2001), em seu estudo pioneiro no Brasil, constatou a partir das definições de Schipper (1989) e Healy e Wahlen (1999) que gerenciamento de resultados se caracteriza fundamentalmente como alteração proposital dos resultados contábeis, visando motivação particular. Essa alteração discricionária ocorre por meio das escolhas contábeis, ou, por meio das decisões operacionais (Martinez, 2013; Martinez & Cardoso, 2013).

O autor afirma ainda que não se trata de fraude contábil, uma vez que ela ocorre nos limites da legislação contábil. No entanto, as normas contábeis facultam certas escolhas, o que por vezes, permite que os gestores realizem suas escolhas em função de outros incentivos que os levam a reportar um resultado distinto (Martinez, 2001).

Seguindo este entendimento, Matsumoto e Parreira (2007) afirmam que “o gerenciamento de resultados contábeis nas empresas é um problema real, sobretudo por encontrar refúgio na flexibilidade das normas e regulamentos contábeis, que permitem alternativas distintas para a contabilização de um mesmo evento contábil”.

Segundo Grecco (2013) quanto maior a eficácia da normatização contábil, menor será a possibilidade de influência do gestor no processo de elaboração das demonstrações contábeis

e, melhor será a qualidade da informação contábil, reduzindo assim a assimetria de informações entre agente e principal.

Nesse mesmo sentido, Cardoso (2005) afirma que uma “solução para se diminuir a discricionariedade contábil é aumentar o nível de padronização e uniformização das práticas contábeis, mediante ênfase no processo de regulação contábil”.

Diversas são as motivações para a prática de gerenciamento de resultados, segundo Healy e Wahlen (1999) é possível classifica-los em: 1) motivações vinculadas ao mercado de capitais; 2) motivações contratuais; e, 3) motivações regulamentares e custos políticos.

1) Motivações vinculadas ao mercado de capitais: este incentivo está vinculado à percepção de risco sobre a empresa, portanto, os gestores podem se sentir motivados a manipularem resultados com intenção de influenciar a performance do preço de mercado das ações no curto prazo (Healy e Wahlen, 1999).

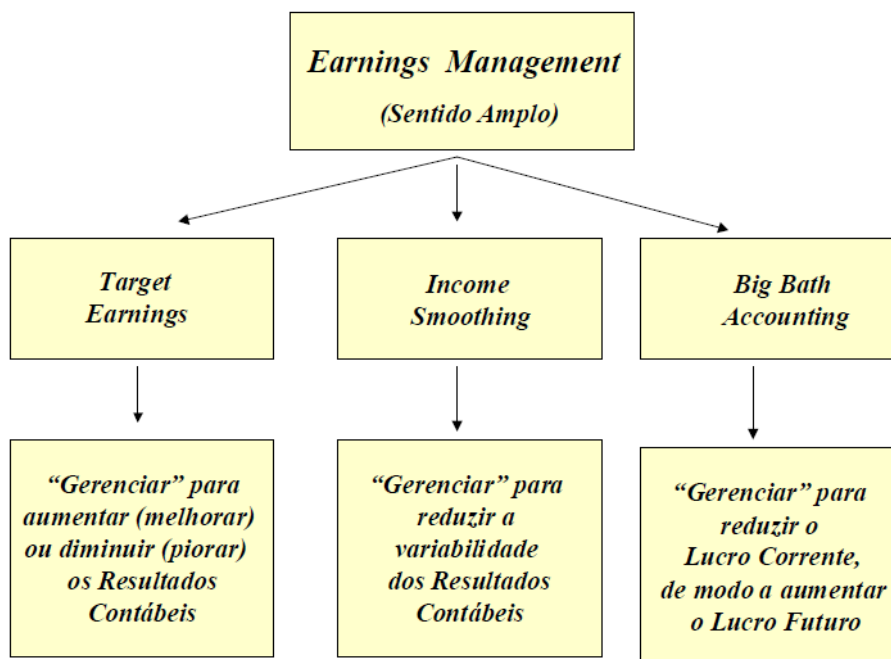
2) Motivações contratuais: uma das finalidades da contabilidade é ser instrumento para monitorar e regular os contratos entre a empresa e seus *stakeholders*. Acerca desta perspectiva, as escolhas contábeis passam a ter efeito econômico, criando assim incentivos contratuais para gerenciamento dos resultados contábeis (Holthausen & Leftwich, 1983 *apud* Martinez, 2001).

3) Motivações regulamentares e custos políticos: especificamente em mercados regulados, Rodrigues (2008) entende que o gerenciamento do resultado pode surgir como resposta à regulação econômica, quando por exemplo, com o objetivo de melhorar o valor dos parâmetros de solvência exigidos, os diretores das empresas utilizam sua discricionariedade sobre a informação contábil.

Destaca-se ainda, como motivação também em resposta à regulação tributária, a redução dos impostos, tendo em vista o papel relevante que o resultado contábil tem no planejamento tributário das empresas (Rodrigues, 2008; Paulo, 2007).

A depender da motivação envolvida, destacam-se três modalidades (Figura 1): gerenciar resultado para atingir uma meta desejada (*target earnings*); gerenciar resultado para reduzir variabilidade, evitando excessivas flutuações (*income smoothing*); e, gerenciar resultado para reduzir lucros correntes, com o propósito de melhorá-los no futuro (*big bath accounting*) (Martinez, 2001).

Figura 1 - Tipos de Gerenciamento de Resultados



Fonte: Martinez (2001)

2.1.1 Abordagens Metodológicas

Além das motivações, é importante explicitar também, as principais abordagens metodológicas:

- análise de distribuição de frequência;
- análise de *accruals* agregados (discricionários e não discricionários);
- análise de *accruals* específicos.

A análise de distribuição de frequência, segundo Rodrigues (2008) é empregada quando se deseja detectar o gerenciamento da informação contábil ao redor de certos pontos de referência. Segundo Martinez (2013) uma desvantagem desta abordagem é que a observação de uma simples descontinuidade, não demonstra a verdadeira razão da sua origem, o que permite apenas a qualificação como suspeitas, todas as empresas que se localizam numa determinada faixa de lucros.

Já a análise de *accruals* agregados busca medir o grau de discricionariedade sobre a informação reportada. Vale destacar, que os estudos que utilizam esse tipo de abordagem metodológica, segregam *accruals* não discricionários dos *accruals* discricionários, inerentes às atividades da empresa e inerentes às práticas de gerenciamento de resultados, respectivamente.

A análise de *accruals* específicos, consiste em verificar contas individuais sobre as quais os diretores podem exercer discricionariedade (Rodrigues, 2008). De acordo com Marcelli (2013) em estudos anteriores que utilizaram o método de *accruals* específicos, existem uma maior concentração em instituições financeiras, operadoras de planos de saúde e seguradoras. Isso se deve ao elevado grau discricionário de suas contas, em especial a de provisões aplicáveis a esses setores.

2.1.2 Estudos Empíricos sobre Gerenciamento de Resultados

O tema gerenciamento de resultados tem sido amplamente discutido tanto em pesquisas internacionais quanto no Brasil. Diversos estudos evidenciam o recorrente interesse por essa linha de pesquisa (Martinez, 2013).

2.1.2.1 Estudos Internacionais

Para Martinez (2001), no contexto internacional, particularmente nos Estados Unidos, os acadêmicos de contabilidade, estão empenhados em investigar sobre os fatores que motivam o gerenciamento de resultados, fazendo inclusive com que as autoridades reguladoras e profissionais da área contábil busquem soluções para minimizar estes problemas.

O estudo de Petroni (1992) investiga o quanto a discricionariedade exercida pelos diretores das seguradoras nos Estados Unidos sobre a informação contábil afeta o erro de estimação das provisões de sinistros. A hipótese estabelecida em seu estudo, é que os diretores de seguradoras financeiramente fracas influenciam para baixo suas estimativas das provisões de sinistros, quando comparadas às seguradoras financeiramente fortes. As conclusões empíricas além de comprovar a hipótese, revelam também que sob intervenção do órgão regulador, os diretores reduzem as estimativas das provisões de sinistros em um grau muito maior.

Empregando a análise de distribuição de frequências Beaver, McNichols e Nelson (2003), encontraram evidências de que as seguradoras com pequenos resultados positivos subestimavam as provisões de sinistros em comparação às seguradoras com pequenos resultados negativos. Os autores destacam que esse padrão analisado separadamente para empresas públicas, privadas e mutuas, revelam que empresas públicas e mútuas gerenciam as provisões de sinistros para evitar perdas, enquanto as empresas privadas não o fazem.

Gaver e Paterson (2004) apontaram em seu estudo que as seguradoras norte-americanas gerenciam as provisões de sinistros para atingir metas de solvência. Além disso, encontraram evidências de que o gerenciamento destas provisões pode ser eficaz para adiar a necessidade de intervenção do órgão regulador, inclusive por mais de um período. Os autores salientam outros objetivos além do lucro são uma influência importante sobre escolhas contábeis discricionárias, sendo este um ponto relevante para a presente pesquisa.

No mercado de planos de saúde, Mensah, Considini e Oakes (1994) utilizando o modelo de *accruals* específicos investigaram se as operadoras estadunidenses de planos de assistência à saúde, que comercializam planos na modalidade de pré-pagamento, gerenciam seus resultados contábeis, por meio da conta patrimonial “Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados” (sigla *IBNR* em inglês).

Os resultados em síntese comprovaram as hipóteses estabelecidas. Dada a relação desta pesquisa com o presente estudo a Tabela 1 apresenta os resultados.

Tabela 1 - Quadro Resumo das Pesquisas Internacionais

Hipóteses Alternativas	Resultado	Conclusões
Ha1: Existe uma associação positiva entre a lucratividade relativa e a Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciado, γ_1 deveria ser positivo;	Não rejeitada a hipótese alternativa	As OPS lucrativas supervalorizam seu IBNR para reduzir o lucro e, assim, evitar custos políticos.
Ha2-1: Ceteris paribus, entre as OPS consistentemente lucrativas, existe uma associação positiva entre o porte e o Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciado, γ_{21} deveria ser positivo;	Rejeitada hipótese alternativa	Resultados ambíguos, talvez pela omissão de alguma variável relacionada ao mecanismo de remuneração (recompensa) dos gestores das OPS de grande porte.
Ha2-2: Entre as OPS de performance mista, ceteris paribus, existe uma associação negativa entre o porte e a Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciado, γ_{22} deveria ser levemente negativo, mas estatisticamente significativo;	Não rejeitada a hipótese alternativa	Constatou-se uma associação negativa entre o porte (medido em número de beneficiários, SIZE) e o IBNR, reforçando a expectativa de que as OPS de pequeno e médio portes que apuraram prejuízo subvalorizam o IBNR para evidenciar uma posição menos ruim que a efetiva.
Ha2-3: Entre as OPS consistentemente não lucrativas, ceteris paribus, existe uma forte associação negativa entre o porte e a Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciado, γ_{23} deveria ser negativo;	Não rejeitada a hipótese alternativa	
Ha3-1: Para as OPS consistentemente lucrativas, a exigência de resultado líquido mínimo não afeta o comportamento de gerenciamento de resultados percebido na Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciado, γ_{31} não deveria ser estatisticamente diferente de zero;	Não rejeitada a hipótese alternativa	Sugere-se que a exigência de lucratividade, por parte do órgão regulador, não afeta as OPS lucrativas, enquanto incentiva as OPS não lucrativas a sub-avaliar o IBNR.

Ha3-2: Para as OPS de performance mista, existe uma associação positiva entre o DNW e a Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciado, γ_{32} deveria ser positivo;	Não rejeitada a hipótese alternativa	
Ha3-3: Para as OPS consistentemente não lucrativas, existe uma associação negativa entre o DNW e a Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciada, γ_{33} deveria ser negativo e seu módulo deveria ser maior que γ_{32} ;	Não rejeitada a hipótese alternativa	
Ha4: Existe uma associação positiva entre a Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciado e a proximidade entre o saldo efetivo de Caixa e o saldo de Caixa exigido pelo órgão regulador, para as OPS não afiliadas a seguradoras, isto é, $D(2) = 0$, γ_4 deveria ser positivo;	Rejeitada hipótese alternativa	A evidência de que as OPS gerenciam o IBNR para atender ao parâmetro de solvência (FCR), hipótese Ha4, embora encontrada, não é estatisticamente significativa.
Ha5: Existe uma associação negativa entre a Provisão padronizada pelas despesas com eventos evidenciada e o grau de alavancagem financeira, para as OPS não afiliadas a seguradoras, isto é, $D(2) = 0$, γ_5 deveria ser negativo.	Não conclusiva	Os resultados conflitantes sugerem que o grau de alavancagem pode não ter sido medido adequadamente ou que a relação é mais complicada do que o modelo linear usado neste estudo.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Mensah, et al. (1994).

2.1.2.2 Estudos no Brasil

O estudo pioneiro no Brasil realizado por Martinez (2001), teve como objetivo demonstrar empiricamente que as companhias abertas brasileiras “gerenciavam” os resultados contábeis como resposta a estímulos de mercado de capitais. Verificou-se que as empresas com resultados muito ruins, visando melhores resultados no futuro, pioravam-no ainda mais.

No mercado regulado de seguros, Rodrigues (2008) investigou o gerenciamento da informação contábil através das provisões técnicas constituídas por sociedades seguradoras, como resposta à regulação econômica e tributária do mercado brasileiro de seguros. Em seu estudo foi possível confirmar as hipóteses estabelecidas de que os diretores influenciavam para baixo as provisões técnicas, se os valores dos parâmetros de solvência e dos impostos eram menores. Por outro lado, influenciavam para cima as provisões técnicas se os valores dos parâmetros de solvência e dos impostos são maiores.

Em pesquisa voltada para o mercado de saúde suplementar, Cardoso (2005) inovou ao investigar os impactos da regulação econômica nas escolhas de práticas contábeis. Os resultados obtidos, utilizando a abordagem de distribuição de frequências, demonstrou que as operadoras de planos de saúde escolhem práticas contábeis que as ajudam a apresentar pelo menos situação econômico-financeira mínima exigida pela ANS.

Ainda na saúde suplementar, Mattos e Macedo (2014) evidenciaram que os gestores das operadoras de planos de saúde, podem estar escolhendo práticas contábeis objetivando atingir seus interesses econômicos. A amostra contou com operadoras na modalidade de medicina de grupo, e informações do período de 2007 a 2011. As análises foram conduzidas por meio de modelo econométrico com base no *accruals* específicos considerando-se a discricionariedade presente nas provisões técnicas das operadoras de planos de saúde, que podem oportunizar o gerenciamento de resultados com vistas à redução do pagamento de impostos, bem como melhoria da condição de solvência.

A tabela 2, sintetiza as pesquisas sobre gerenciamento de resultados no Brasil, que guardam relação com este trabalho.

Tabela 2 - Quadro Resumo das Pesquisas Nacionais

Autor	Objetivo/Hipótese	Resultados
Martinez (2001)	H1: Cias Abertas Brasileiras “gerenciam” os seus resultados contábeis para evitar reportar perdas. H2: Cias Abertas Brasileiras “gerenciam” os seus resultados contábeis para sustentar o desempenho recente.	Confirmadas as hipóteses
Rodrigues (2008)	Investigar se existe gerenciamento da informação contábil através das provisões técnicas constituídas por sociedades seguradoras que atuam no segmento de danos como resposta à regulação econômica e tributária do mercado brasileiro de seguros. H1a: Sociedades seguradoras com menores valores do 1º parâmetro de solvência (PL–Não Operacional) influenciam para baixo as provisões técnicas. H1b: Sociedades seguradoras com maiores valores do 1º parâmetro de solvência (PL–Não Operacional) influenciam para cima as provisões técnicas. H2a: Sociedades seguradoras com menores valores do 2º parâmetro de solvência (PL–Margem de Solvência) influenciam para baixo as provisões técnicas. H2b: Sociedades seguradoras com maiores valores do 2º parâmetro de solvência (PL–Margem de Solvência) influenciam para cima as provisões técnicas. H3a: Sociedades seguradoras com menores valores dos impostos (IR+CS) influenciam para baixo as provisões técnicas. H3a: Sociedades seguradoras com maiores valores dos impostos (IR+CS) influenciam para cima as provisões técnicas.	Confirmadas as hipóteses
Cardoso (2005)	Ha1: As OPS Brasileiras “gerenciam” os seus resultados contábeis para evitar reportar prejuízo; Ha2: As OPS Brasileiras “gerenciam” os seus resultados contábeis para sustentar o desempenho recente; Ha3: As OPS Brasileiras “gerenciam” as suas informações contábeis para atingir os parâmetros estabelecidos pela ANS.	Confirmadas as hipóteses

Autor	Objetivo/Hipótese	Resultados
Mattos e Macedo (2014)	<p>HI: Os gestores de Operadoras de Planos de Saúde, em resposta à regulação econômica da ANS, gerenciam as provisões técnicas de acordo com os valores do parâmetro de solvência (IDSS), influenciando para baixo as provisões técnicas quando os valores do parâmetro de solvência (IDSS) são menores e influenciando para cima as provisões técnicas quando os valores do parâmetro de solvência (IDSS) são maiores;</p> <p>HII: Os gestores de Operadoras de Planos de Saúde, em resposta à regulação tributária, gerenciam as provisões técnicas de acordo com os valores dos impostos (Imposto de Renda e Contribuição Social sobre o Lucro), influenciando para baixo as provisões técnicas quando os valores dos impostos são menores e influenciando para cima as provisões técnicas quando os valores dos impostos são maiores.</p>	Confirmadas as hipóteses

Fonte: Elaborado pela autora

2.2 Teorias da Regulação

Sob a perspectiva econômica, a regulação da saúde suplementar encontra fundamento, na necessidade de adequação dos mecanismos de mercado aos objetivos estabelecidos pela sociedade e em função de valores de eficiência e equidade, estabelecidos politicamente (Souza, 2014).

De acordo com Campos (2008) “a regulação, em uma visão mais restritiva, visaria exclusivamente garantir o equilíbrio do mercado, coibindo práticas distorcidas dos agentes econômicos”. O autor entende que questões como assimetrias de informações e insuficiente provisão de bens públicos, também se acrescentam como justificativas para a atuação regulatória do Estado (Campos, 2008).

Um ponto importante a se considerar sobre a necessidade de regulação conforme Moraes (2014), é que ela contribui para que informações úteis e relevantes sejam fornecidas aos usuários, reduzindo a assimetria informacional, e aumentando a confiança de uma série de interessados nessa informação. Quanto ao setor de saúde suplementar, Lima (2005) entende que esta assimetria é uma das principais demandas de regulação dos mercados.

Reforçando o entendimento que a contabilidade atua socialmente como mediadora do conflito distributivo entre os agentes econômicos, Lopes e Martins (2005, p.85) afirmam:

Os argumentos que favorecem a regulamentação da contabilidade são, em sua maior parte, baseados no argumento de que agências governamentais, e outros órgãos similares, possuem vantagens comparativas em relação ao mercado na exigência do fornecimento de informações. Esses argumentos baseiam-se na hipótese de que o mercado livremente não seria capaz de impor uma disciplina adequada para a

evidenciação pública das informações; nesse cenário, investidores minoritários e outros agentes menos favorecidos, como sindicatos, seriam penalizados (Lopes & Martins, 2005, p.85).

Dada a interdisciplinaridade que permeiam o Direito e a Economia, diversas são as abordagens sobre a regulação, sendo as principais: teoria do interesse público, teoria da captura, teoria da competição entre os grupos de interesse e teoria tridimensional e ainda a abordagem de Habermas segundo Laughlin (Cardoso, Saravia, Tenório & Silva, 2009; Lima, Oliveira & Coelho, 2014).

A teoria do interesse público, também denominada “análise normativa como uma teoria positiva”, defende a tese que a regulação é criada para atender a uma demanda do público por correção de práticas de mercado ineficiente ou não equitativa, ou seja, corrigir falhas de mercado e promover o bem-estar econômico.

Em contraponto à teoria do interesse público, a teoria da captura tem por base a premissa de que a regulação é formulada em resposta às demandas de grupos de interesses, buscando maximizar benefícios próprios (Rodrigues, 2008).

A teoria da competição entre os grupos de interesse também conhecida como teoria econômica da regulação, definida por Cardoso *et al.* (2009):

[. . .] segundo a qual, o legislador e o regulador estão preocupados em se perpetuarem no poder. Portanto, a regulação é desenhada para atender às necessidades do grupo de interesse que exercer maior pressão relativa sobre o regulador e o legislador. Os formuladores da teoria veem regulação como o produto da relação de diferentes grupos entre si e destes com o Estado (Cardoso *et al.*, 2009).

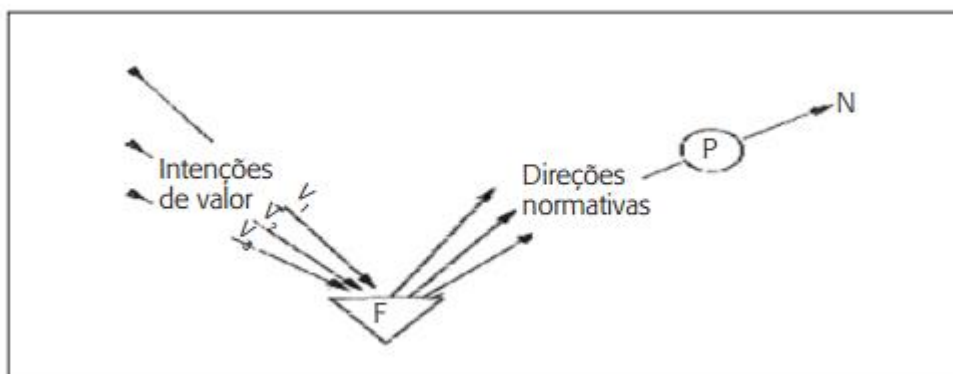
A teoria tridimensional desenvolvida por Miguel Reale, analisa o fenômeno da regulação sob a ciência do Direito, Silva (2007) em seu ensaio teórico analisa a regulação contábil à luz desta teoria, o autor afirma que:

A contribuição dessa teoria se apoia no seu caráter concreto e dinâmico, ou seja, em perceber que os três elementos – fato, valor e norma – além de possuírem natureza funcional e dialética, também estão sempre presentes e correlacionados em qualquer expressão da vida cultural. Em síntese, a visão dessa teoria é a de que o elemento normativo pressupõe sempre uma situação de fato segundo valores (Silva, 2007).

Esse processo pode ser descrito e exemplificado da seguinte forma (Figura 2): pode-se dizer que a norma (N) é produzida por um órgão dotado de poder normativo (P) que interpreta

os fatos (F) à luz dos valores (V1, V2, V3) compartilhados pela sociedade (intenções de valor), conforme o que seja entendido por “interesse público” (direções normativas).

Figura 2 - Processo Normativo segundo Reale



Fonte: Reale (2005) *apud* Cardoso, R. L.; Saravia, E.; Tenório, F. G. & Silva, M. A. (2009)

A abordagem de Habermas interpretada por Laughlin é semelhante à teoria desenvolvida por Reale quanto aos valores e direções normativas. Segundo Laughlin (2007) *apud* Cardoso *et al.* (2009) a regulação da contabilidade emanada por uma instituição dotada de poder normativo (como a ANS, ANATEL, etc.) pode ser formalizada pelos padrões contábeis e pela regulação social baseada na lógica contábil. Já a regulação contábil, diferente da regulação da contabilidade, por ser interna enquanto a primeira externa, surge como reação dos contabilistas e das firmas à regulação.

O argumento apresentando por Laughlin *apud* Cardoso *et al.* (2009) esclarece a distinção entre valores e atividades:

A resposta ou reação à regulação pressupõe a classificação dos valores e das atividades das firmas em núcleo central (*sacred*) e periféricos (*secular*), de forma que a empresa estaria disposta a sacrificar os valores e as atividades periféricas para preservar seus valores sagrados. De forma bastante intuitiva, percebemos que todos nós tendemos a agir dessa maneira quando nos vemos ameaçados. Por exemplo, quando tropeçamos e caímos, nossa primeira reação é projetar os braços à frente para proteger o rosto (centro), mesmo que em detrimento das mãos (periférico) (Cardoso *et al.*, 2009).

Essa abordagem sob a perspectiva de Habermas, tem importância fundamental para compreender os mecanismos de regulação da contabilidade exercida pela ANS e regulação contábil nas cooperativas médicas.

Ressalta-se que a contabilidade pode ser entendida como instrumento redutor de assimetria informacional, e que a despeito da regulação exercida pela ANS, a obrigatoriedade

de envio periódico das informações contábeis permitiu a consolidação das informações do setor. Através de métricas preestabelecidas, a divulgação para que o beneficiário e demais interessados nas informações tenham acesso a elas, como mecanismo de controle e transparência, proporcionando também práticas de governança corporativa (Jácome, Martins & Paiva, 2017).

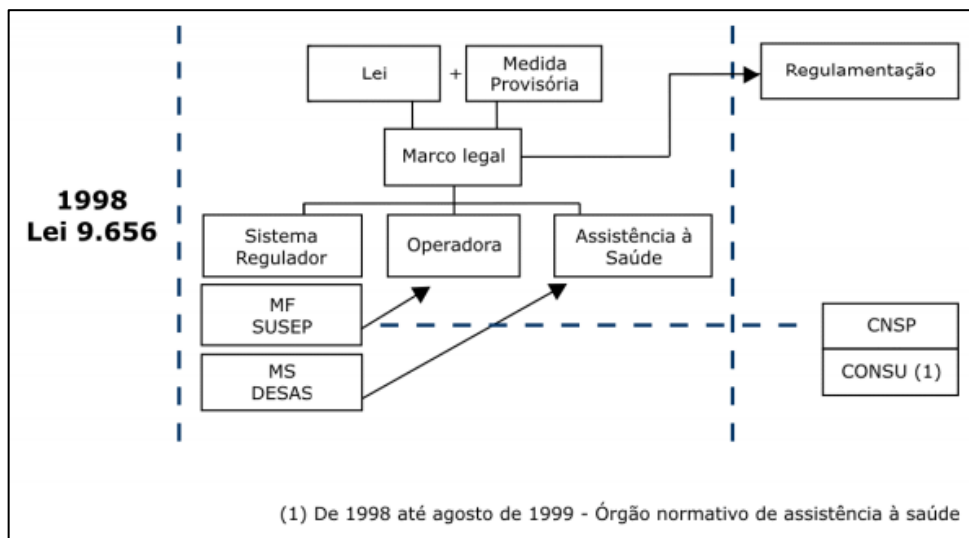
Segundo Bragança (2017) “um monitoramento estatal, serve para a proteção dos consumidores para mitigar os efeitos negativos de um poder econômico exercido pelas operadoras”, no entanto no presente trabalho, questiona-se se a regulação atua como forma de redução de assimetria de informações contábeis, ou se as práticas facultadas às operadoras decorrentes desta regulação possibilitam escolhas contábeis que permitem o gerenciamento de resultados.

2.3 Evolução da Regulação do Setor de Saúde Suplementar

Em 03 junho de 1998 foi sancionada a Lei 9.656, um dos principais marcos regulatórios do setor de saúde suplementar, que até então existia sem qualquer regulação. No entanto, logo em seguida a lei foi editada por mais 44 Medidas Provisórias em um período aproximado de três anos até agosto de 2001, com a MP 2.177-44/2001.

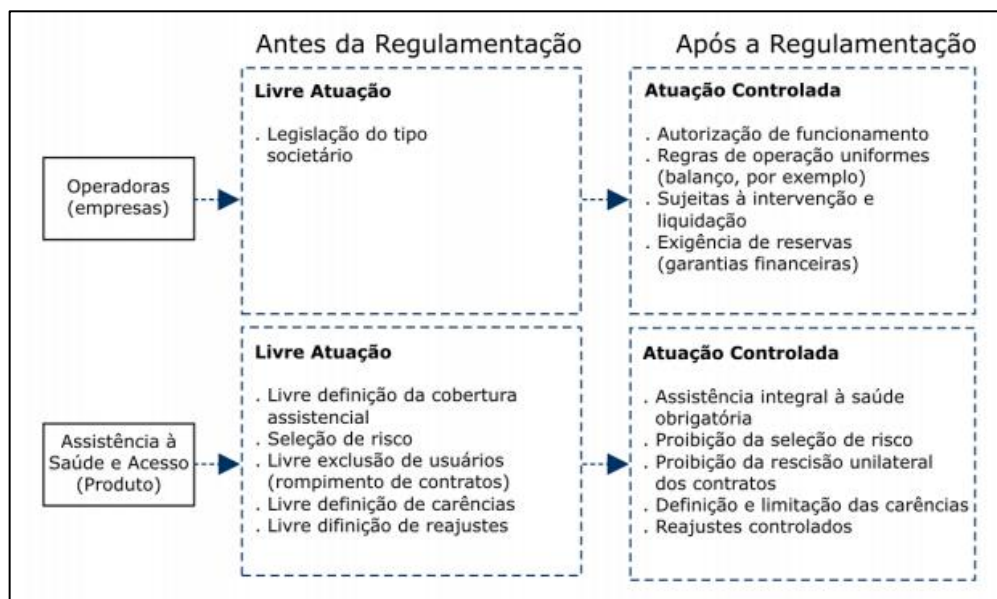
Esse período ficou conhecido como sistema de regulação bipartite, representado na Figura 3, que demonstra que as atividades regulatórias das operadoras seriam de atribuições da SUSEP, enquanto a regulação da atividade de produção da assistência à saúde seriam atribuições do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) e ao então criado CONSU (ANS, 2003; Souza, 2014).

Para Cardoso (2005) esse modelo compartilhado entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde, ocorreu em decorrência de negociação política, no âmbito do governo federal para finalmente viabilizar a aprovação da lei.

Figura 3 - Sistema de Regulação Bipartite

Fonte: ANS (2003)

Segundo a ANS (2013) “com a promulgação da Lei, que regulamenta os planos privados de assistência à saúde no Brasil, houve avanços expressivos na garantia de atendimento aos beneficiários de planos de saúde, com ênfase no compromisso com a qualidade dos serviços prestados”. Conforme, pode-se observar pela Figura 4 antes da regulamentação do setor, havia livre definição de cobertura assistencial, dos reajustes, períodos de carência, e dos contratos poucos claros para o consumidor, portanto, a preocupação inicial era o controle desses pontos. (ANS, 2013).

Figura 4 - Características do Setor Antes e Depois da Regulamentação

Fonte: ANS (2003)

Após o marco regulatório, as operadoras que antes atendiam apenas à legislação societária e fiscal, tiveram que atender também a exigência de medidas específicas, como por exemplo o registro de funcionamento e a constituição de garantias financeiras, estando sujeitas inclusive a processo de intervenção e de liquidação (ANS, 2003).

Em 28 de janeiro de 2000 após revisão do modelo existente, passando todas as atribuições regulatórias apenas ao Ministério da Saúde, foi criada através da Lei 9.961 a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. A implantação da ANS teve que superar dois pontos críticos:

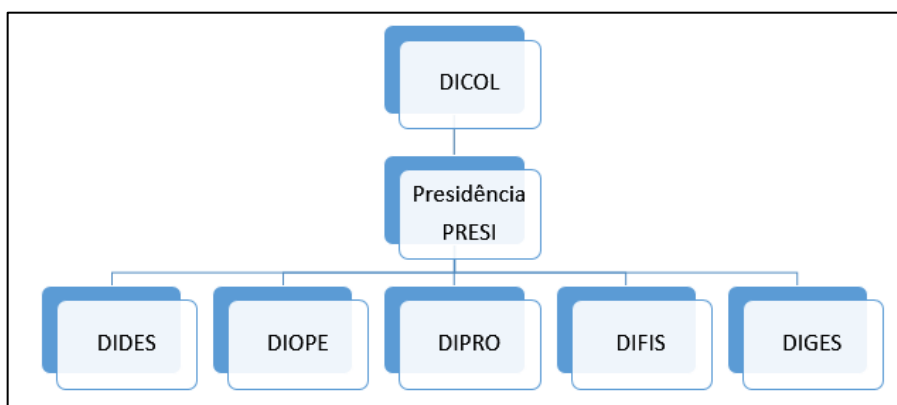
1º) ausência de informações estruturadas sobre o setor; e

2º) a inexistência de quadro de pessoal próprio.

A ANS foi criada para regular uma atividade privada, que já existia, extremamente complexa, em um setor essencial, que é a saúde e que nunca havia sido objeto de regulação do Estado (ANS, 2003).

A ANS, autarquia do governo federal sob regime especial, com autonomia financeira, administrativa, patrimonial e de gestão de recursos humanos. A Figura 5 traz o organograma da agência bem como as principais atribuições, que são detalhadas na tabela 3.

Figura 5 - Organograma ANS



Fonte: Adaptado de Araújo (2004)

Tabela 3 - Atribuições Diretorias ANS

Sigla	Unidade	Principais Atribuições
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras	Normatizar, registrar e monitorar as operadoras, inclusive nos processos de intervenção e liquidação.
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos	Normatizar, registrar e monitorar os produtos, inclusive nas autorizações de reajuste de contratos individuais e familiares.

Sigla	Unidade	Principais Atribuições
DIFIS	Diretoria de Fiscalização	Controlar todo o processo de fiscalização (econômico-financeiro e médico-assistencial), além de apoiar o consumidor na articulação com órgãos de defesa do consumidor.
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial	Atuar no sistema de ressarcimento ao SUS e no desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade no setor de saúde suplementar.
DIGES	Diretoria de Gestão	Organizar o sistema de infraestrutura e o suporte da Agência (recursos humanos, financeiros, suprimentos de bens e serviços e informação).

Nota. Fonte: Adaptado de Araújo (2004).

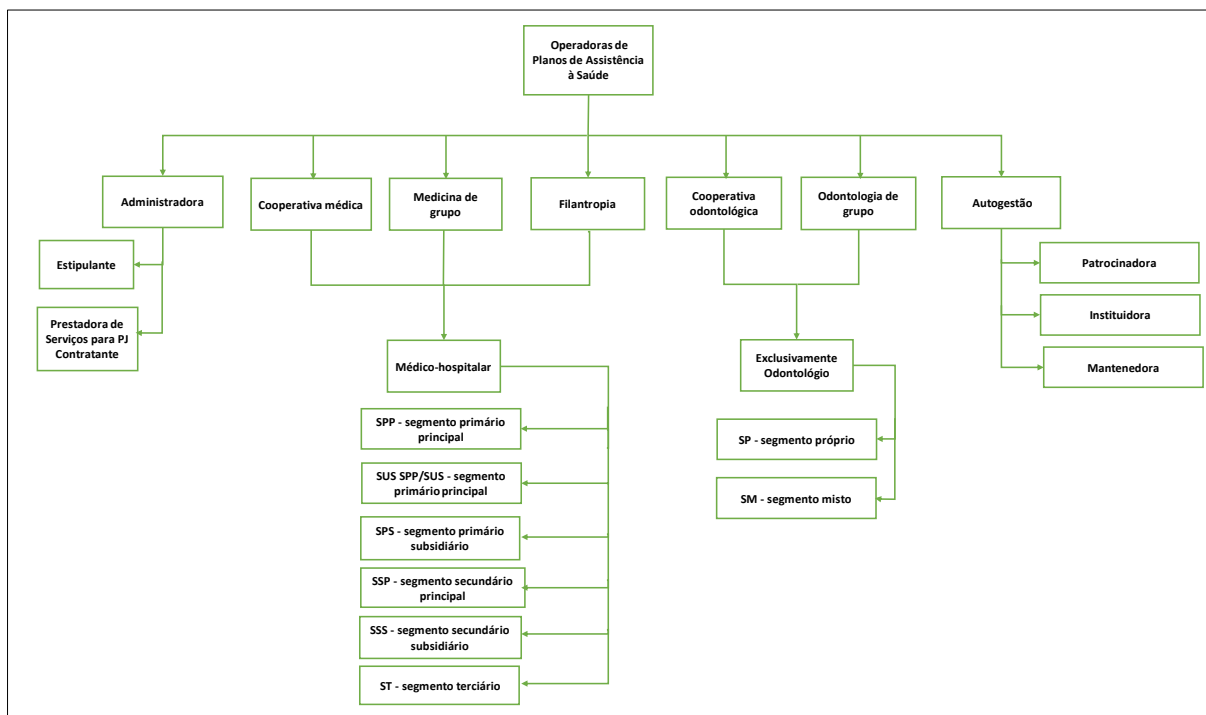
Portanto, de acordo com a Tabela 3 a DIOPE – Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, é a unidade responsável principalmente pela manutenção das operadoras no mercado e por monitorar informações, inclusive em relação aos critérios de constituição de garantias econômico-financeiras, parâmetros de capital e patrimônio líquido.

Nos primeiros anos de regulação da ANS, de acordo com Souza (2014) destacam-se as seguintes medidas regulatórias:

- i) organização do mercado – definição das modalidades das operadoras, regras de ressarcimento ao SUS e da taxa de saúde suplementar, fonte de receitas para a ANS.
- ii) produtos – regras para o registro de produtos e o reajuste das suas contraprestações.
- iii) operadoras – regras para autorização e funcionamento, provisões técnicas, capital mínimo e normas de contabilidade.

Para atender a primeira medida regulatória foi editada a RDC 39 de 24 de outubro de 2000, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde, conforme Figura 6. Observa-se também que a ANS permitiu que as sociedades seguradoras pudessem operar seguro saúde desde que constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, e ficando ainda subordinadas às normas da ANS, no que diz respeito à tais produtos (Lei 10.185, 2001).

Figura 6 - Organograma da Definição, Segmentação e Classificação das OPS



Fonte: Adaptado de Roque (2004)

Quanto à modalidade, as operadoras são classificadas conforme seu estatuto, de acordo com a definição da ANS (RDC 39/2000):

- **autogestão:** empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes;
- **cooperativa médica:** sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971;
- **cooperativa odontológica:** sociedade sem fim lucrativo, conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera, exclusivamente, planos odontológicos;
- **filantropia:** entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça e pelos órgãos dos governos estaduais e municipais;
- **administradora:** empresa que apenas administra planos de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços

médico-hospitalares ou odontológicos. Por não possuírem beneficiários, a operadora classificada como administradora está dispensada do envio das informações sobre beneficiários;

- **seguradora especializada em saúde:** sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades;
- **medicina de grupo:** demais empresas ou entidades que operam planos de saúde; e
- **odontologia de grupo:** demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

A classificação das operadoras se dá em função de particularidades e características específicas de cada uma, considerando que já existiam uma gama variada de operadoras em termos de porte, fisionomia jurídica e universo de atuação. A normatização buscou dar tratamento isonômico aos agentes regulados, observando diversos aspectos de cada modalidade, como a área de atuação, o porte, e a existência ou não de rede própria de serviços médico-hospitalares (Nogueira, 2004).

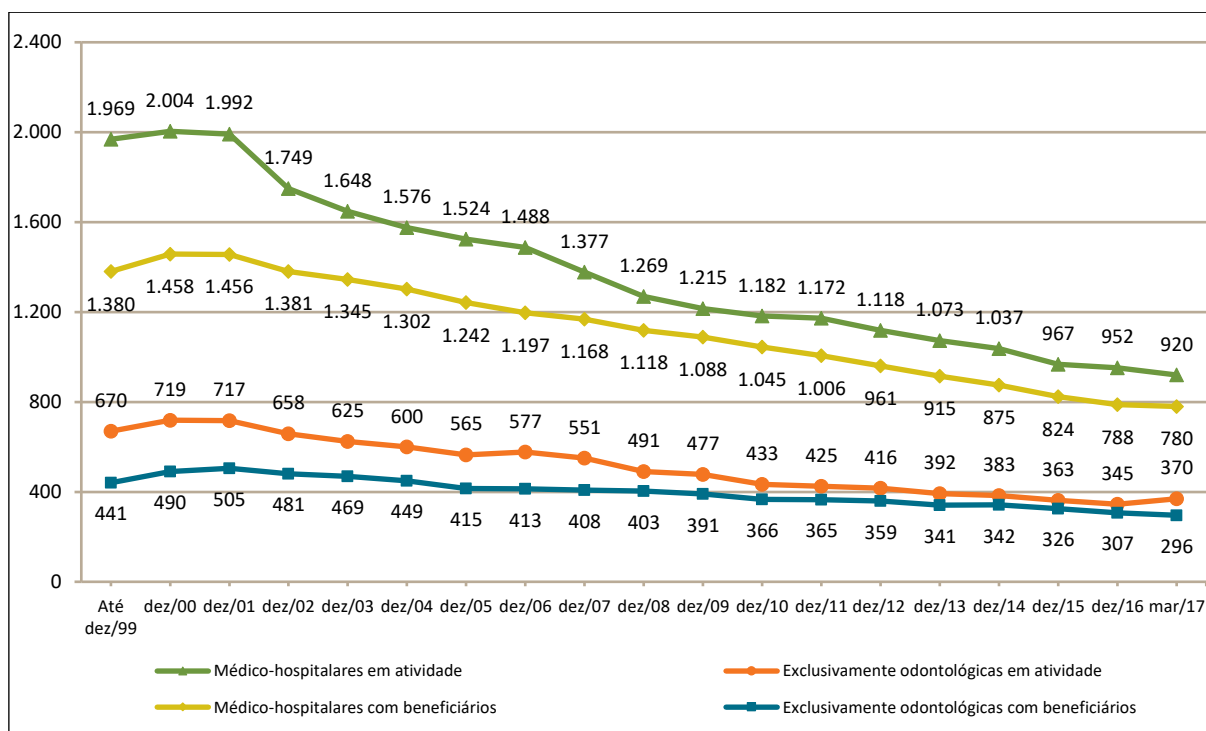
As medidas relacionadas aos produtos, inicialmente incluíam sua padronização, transparência nos contratos, controle de preços e reajustes praticados, ampliação das coberturas e definição dos prazos de carências (Nogueira, 2004; Salles, 2004).

Quanto às medidas relacionadas às operadoras, Nogueira (2004) enfatiza a importância da norma que concedia autorização provisória de funcionamento e a de criação do plano de contas padrão como instrumento de monitoramento econômico-financeiro. No entanto, dada a importância e a relação do assunto com a presente pesquisa essas medidas serão tratadas em capítulo específico.

2.4 O mercado de saúde suplementar

O mercado de saúde suplementar, após sua regulação sofreu diversas alterações. Uma grande mudança influenciada pela regulação do setor foi a redução significativa do número de operadoras (Nunes, 2014). Tal fato evidencia a concentração, o que traz riscos ao equilíbrio do mercado, pois compromete a competição e favorece condições de oligopólio (Baldassare, 2014). A Figura 7 mostra a variação do número de operadoras no período que compreende do início da regulação a junho de 2017, conforme dados da ANS (2018).

Figura 7 - Gráfico 1 Operadoras de Planos Privados de Saúde em Atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2017)



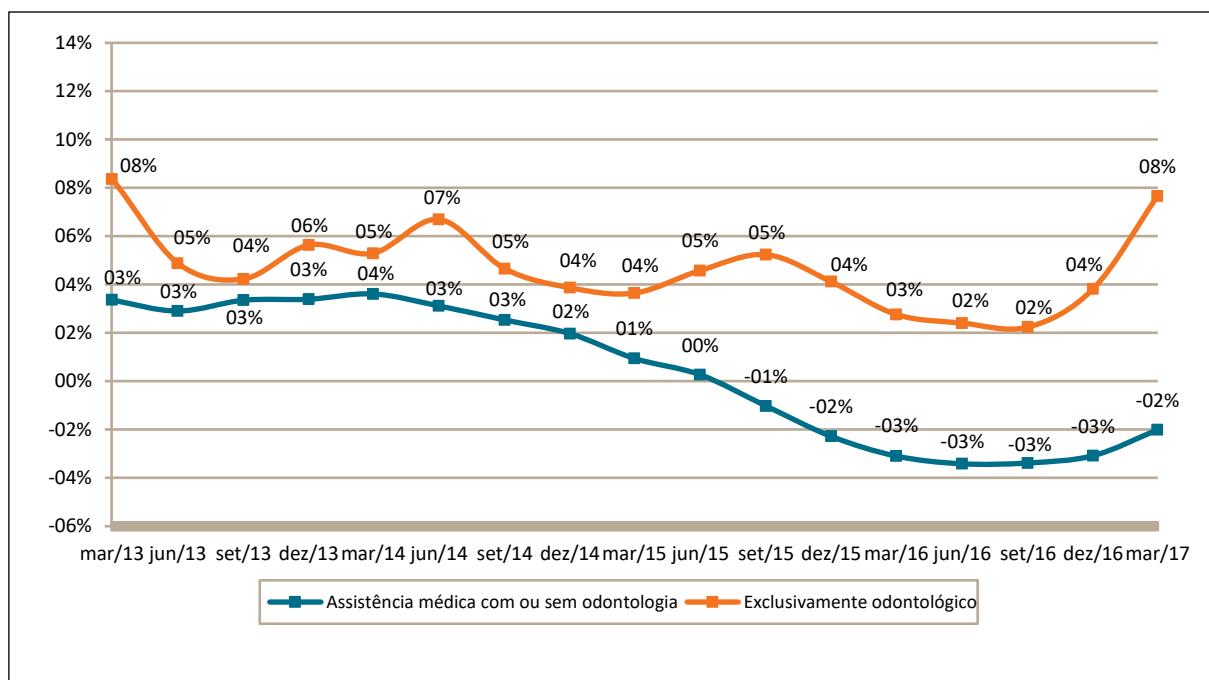
Fonte: ANS (2018).

Outro fato de destaque é a composição das carteiras das operadoras, a ANS define os tipos de planos que podem ser comercializados, as regras para precificação e reajustes para cada tipo de contratação, bem como critérios de elegibilidade para aquisição.

Os planos definidos como individuais ou familiar, são aqueles de livre adesão de pessoas físicas com ou sem seu grupo familiar. Os planos coletivos, compreende a assistência à saúde à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, caracterizando o plano coletivo empresarial. O vínculo a uma pessoa jurídica também pode ser de caráter profissional, classista ou setorial, caracterizando-se o plano coletivo por adesão, em ambos os casos, o benefício pode se estender aos dependentes (IESS, 2017).

Observa-se, que as carteiras das operadoras são predominantemente compostas por planos empresariais, essa forma de contratação em junho de 2016 representava 66,3% do setor (ANS, 2016). Com o aumento do desemprego no país, especialmente no período de 2016, houve uma redução, com consecutivas quedas nas taxas anuais de crescimento, que só retomou discreto aumento na taxa em 2017, conforme Figura 8.

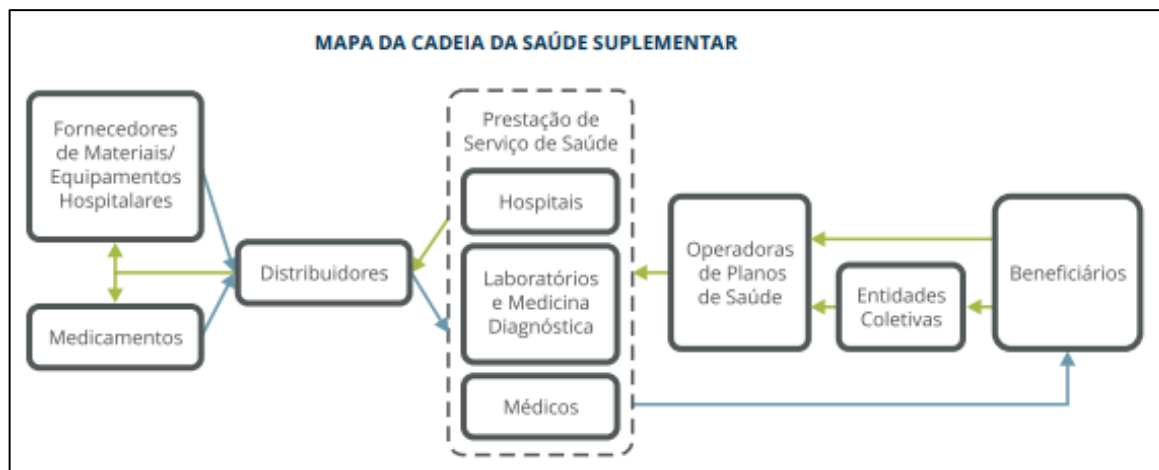
Figura 8 - Taxa de Crescimento Anual do Número de Beneficiários de Planos de Saúde, por Cobertura Assistencial (Brasil - março/2013-março/2017)



Fonte: ANS (2018).

A magnitude do setor, também é observada pelo número de empregos diretos e indiretos que gera no país. Segundo o IESS (2017) em maio de 2017 a cadeia de saúde suplementar manteve o patamar de aproximadamente 3,4 milhões de pessoas empregadas, entre empregos diretos e indiretos, o que representa 7,9% do total da força de trabalho empregada no país. Essa cadeia, representada na Figura 9 demonstra a interação entre os diversos atores envolvidos no processo.

Figura 9 - Mapa da Cadeia da Saúde Suplementar



Fonte: IESS (2017).

2.5 Regulação da Contabilidade nas Operadoras de Planos de Saúde

A partir da regulação do setor e a criação da ANS, e tendo como medidas regulatórias regras para autorização e funcionamento, provisões técnicas, capital mínimo e normas de contabilidade, surge a necessidade de padronizar as informações contábeis. Correia e Costa (2016) entendem que é de tal necessidade que surge a normatização da contabilidade, e afirmam que o envolvimento dos diversos atores econômicos e as complexas e sofisticadas relações negociais, trouxeram à tona a necessidade de fixação de normas gerais capazes de orientar não só os registros, mas também a geração de informações contábeis (Correia & Costa, 2016).

De acordo com Melo (2015), “governos, órgãos reguladores ou autoridades fiscais, por exemplo, podem especificamente determinar exigências para atender a seus próprios fins. Essas exigências, no entanto, não devem afetar as demonstrações contábil- financeiras preparadas sob a égide do Pronunciamento Conceitual Básico (CPC 00 R1) ”.

Desta forma, a padronização das informações contábeis se deu principalmente por meio do plano de contas padrão, cuja competência para implantação está prevista na Lei 9.656/98:

Art 35-A – Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: ...

IV – Fixar normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656 de 1998, incluindo: ...

d) normas de contabilidade, atuarias e estatísticas.

De acordo com Salles (2004) “para que a ANS efetue o acompanhamento econômico-financeiro e, conseqüentemente, monitore a solvência das instituições que operam nesse mercado tão heterogêneo, é fundamental que suas demonstrações contábeis sejam padronizadas”.

A instituição obrigatória do plano de contas se deu por meio da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, com a finalidade de uniformizar os registros e normas contábeis e assim permitir a avaliação do desempenho do mercado pela agência (Salles, 2004). Salles (2004) enfatiza também que “fica claro que uma boa adaptação ao Plano de Contas e sua correta utilização são fatores fundamentais para a qualidade das informações contábeis usadas pela ANS no monitoramento da situação econômico-financeira do mercado”.

O Plano de Contas Padrão, composto por cinco capítulos, além do elenco de contas estabeleceu também algumas regras básicas:

- necessidade de observação das normas do Conselho Federal de Contabilidade – CFC, e os princípios fundamentais de contabilidade;
- critérios de avaliação patrimonial;
- adoção do exercício social coincido com o ano civil (termino em 31 de dezembro);
- publicação das demonstrações contábeis, quando aplicável;
- escrituração de registros auxiliares, que correspondem ao livro razão das principais contas relacionadas às atividades de operação de planos;
- obrigatoriedade de demonstrações contábeis auditadas por auditores independentes registrados na Comissão de Valores Mobiliários-CVM.

O Plano de Contas Padrão sofreu diversas alterações, o atual instituído pela RN nº 418 de 26 de dezembro de 2016, com vigência para o exercício de 2017, tem sua macroestrutura conforme Tabela 4:

Tabela 4 - Macroestrutura do Plano de Contas Padrão - ANS

3.2.1.1 - Classes de Contas Patrimoniais	
a) Classe 1 – ATIVO	b) Classe 2 – PASSIVO
Grupo 12 – Ativo Circulante	Grupo 21 – Passivo Circulante
Grupo 13 – Ativo Não Circulante	Grupo 23 – Passivo Não Circulante
	Grupo 25 – Patrimônio Líquido / Patrimônio Social
Grupo 19 – Compensação Ativo	Grupo 29 – Compensação Passivo
3.2.1.2 - Classes de Contas de Resultado	
a) Classe 3 – CONTAS DE RECEITA	b) Classe 4 – CONTAS DE DESPESA
Grupo 31 – Receitas com Operações de Assistência a Saúde	Grupo 41 – Eventos Indenizáveis Líquidos/Sinistros Retidos
Grupo 32 – (-) Tributos Diretos de Operações de Assistência à Saúde	Grupo 43 – Despesas de Comercialização
Grupo 33 – Outras Receitas Operacionais	Grupo 44 – Outras Despesas Operacionais
Grupo 34 - (-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência a Saúde	Grupo 45 – Despesas Financeiras
Grupo 35 – Receitas Financeiras	Grupo 46 – Despesas Administrativas
Grupo 36 – Receitas Patrimoniais	Grupo 47 – Despesas Patrimoniais
c) Classe 6 – CONTAS DE DESTINAÇÃO / APURAÇÃO DE RESULTADO	d) Classe 7 – CONTAS TRANSITÓRIAS - APURAÇÃO DE CUSTOS
Grupo 61 – Impostos e Participações sobre o Lucro	Grupo 71 – Apuração de Custos
Grupo 69 – Apuração do Resultado	

Nota. Fonte: Elaborado pela autora com base na RN nº 418 (2016), anexo. Capítulo I – Normas Gerais pp 5-6.

Além de instituir o Plano de Contas Padrão a RN nº 418, possui em seus anexos o Capítulo I – Normas Gerais e Capítulo IV - Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar. No Capítulo I, a ANS (2016) definiu o seguinte objetivo:

Este Capítulo estabelece as normas, critérios e procedimentos que possibilitem a manutenção de padrões uniformes no registro das operações e na elaboração e apresentação das Demonstrações Financeiras do mercado de saúde suplementar, mediante a utilização dos critérios, contas e modelos de Demonstrações Financeiras apresentados nesta Resolução Normativa (RN) (ANS, 2016).

O capítulo das Normas Gerais, tem a função de elencar as regras para que as operadoras registrem as operações do mercado de saúde suplementar de acordo com as normas definidas pela agência.

O Manual de Operações do Mercado de Saúde Suplementar, define fato gerador da receita e da despesa, denominados Contraprestações e Eventos, respectivamente, além de tratar do registro contábil de algumas operações.

A ANS (2016a) afirma que “a padronização dos registros contábeis se materializa na elaboração das Demonstrações Financeiras, cujo objetivo é fornecer informações econômicas e financeiras para auxiliar a tomada de decisão por vários usuários dessas informações”. Desta forma, estabelece ainda que “a norma contábil é necessária para padronizar o registro das operações do mercado de saúde suplementar”.

A ANS elencou também, a aplicação dos pronunciamentos do Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC ao setor de saúde suplementar, conforme tabela 5.

Tabela 5 - Pronunciamentos do CPC Aplicados ao Setor de Saúde Suplementar

Pronunciamentos do CPC Aplicados ao Setor de Saúde Suplementar
CPC – 00 - Estrutura Conceitual para Elaboração e Apresentação das Demonstrações Contábeis
CPC 01 – Redução ao Valor Recuperável
CPC – 02 – Efeitos das Mudanças nas Taxas de Câmbio e Conversão de Demonstrações Contábeis
CPC 03 – Demonstração de Fluxo de Caixa
CPC 04 – Ativos Intangíveis
CPC 05 - Divulgação sobre Partes Relacionadas
CPC 06 - Arrendamento Mercantil Operacional e Financeiro
CPC 07 – Subvenções e Assistências Governamentais
CPC 08 - Custos de Transação e Prêmios na Emissão de Títulos e Valores Mobiliários
CPC 09 – Demonstração de Valor Adicionado * Facultativo até ANS elaborar Padrão
CPC 10 – Pagamento Baseado em Ações
CPC 12 – Ajuste a Valor Presente

Pronunciamentos do CPC Aplicados ao Setor de Saúde Suplementar
CPC 15 – Combinação de Negócios
CPC 16 - Estoques
CPC 17 – Contratos de Construção
CPC 18 – Investimentos em Coligada e Controlada
CPC 19 – Investimento em Empreendimento Controlado em Conjunto (Joint Venture)
CPC 20 - Custo de Empréstimos
CPC 21 – Demonstração Intermediária
CPC 22 – Informações por Segmento
CPC 23 - Políticas Contábeis, Mudança de Estimativa e Retificação de Erro
CPC 24 – Evento Subsequente
CPC 25 - Provisões, Passivos Contingentes e Ativos Contingentes **
CPC 26 - Apresentação das Demonstrações Contábeis
CPC 27 – Ativo Imobilizado
CPC 28 – Propriedade para Investimento
CPC 30 - Receitas
CPC 31 - Ativo Não Circulante Mantido para Venda e Operação Descontinuada
CPC 32 – Tributos sobre Lucro ***
CPC 33 – Benefícios a Empregados
CPC 36 – Demonstrações Consolidadas
CPC 37 – Adoção Inicial das Normas Internacionais de Contabilidade
CPC 38 – Instrumentos Financeiros – Reconhecimento e Mensuração
CPC 39 – Instrumentos Financeiros – Apresentação
CPC 40 – Instrumentos Financeiros – Evidenciação
CPC 41 - Resultado por Ação
CPC 43 - Adoção Inicial dos Pronunciamentos Técnicos CPC 15 a 41
CPC 45 - Divulgação de Participações em outras Entidades
CPC 46 - Mensuração do Valor Justo

Nota. Fonte: Elaborado pela autora com base ANS (2016a), anexo. Capítulo I – Normas Gerais pp 15-26.

Cabe destacar que em relação à aplicação do CPC – 01 Redução ao Valor Recuperável, a ANS determina ainda que:

10.2.3 Deve ser constituída Provisão para Perdas Sobre Créditos - PPSC, decorrente da existência de perdas por inadimplência. As operadoras devem constituir a PPSC de acordo com os seguintes critérios:

10.2.3.1 Nos planos individuais com preço pré-estabelecido, em havendo pelo menos uma parcela vencida do contrato há mais de 60 (sessenta) dias, a totalidade do crédito referente ao contrato deve ser provisionada.

10.2.3.2 Para todos os demais planos, em havendo pelo menos uma parcela vencida do contrato há mais de 90 (noventa) dias, a totalidade do crédito desse contrato deve ser provisionada.

10.2.3.3 Para os créditos de operações não relacionadas com planos de saúde de assistência à saúde da própria operadora, em havendo pelo menos uma parcela vencida do contrato há mais de 90 (noventa) dias, a totalidade do crédito referente ao contrato deve ser provisionada.

10.2.3.4 A operadora deverá efetuar a baixa no “contas a receber” dos contratos cancelados.

10.2.3.5 A operadora poderá apresentar a DIOPE um estudo técnico de recuperabilidade que leve em consideração o histórico de perdas e os riscos de inadimplência, dentre outros fatores, em relação aos créditos a receber de qualquer natureza e origem para constituir a provisão por um prazo diferente dos previstos no item 10.2.3.1 e 10.2.3.2. (ANS, 2016a).

Com esta determinação, a ANS definiu os critérios para registro das estimativas para perdas sobre créditos. Ressalta-se que o propósito do CPC 01 - Redução ao Valor Recuperável é ajustar os valores de acordo com sua provável realização, definir com base nos dias de atraso, conforme estabelecido pela ANS, pode não representar adequadamente tal situação.

O obtenção das informações referentes à situação econômico-financeira (geradas a partir das demonstrações contábeis), dados cadastrais e informações operacionais, se deu por meio do DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS, instituído pela Resolução - RE nº 01, de 13 de fevereiro de 2001, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, com a obrigatoriedade de envio trimestral, sendo os dados contábeis do 1º trimestre de 2001 o primeiro a ser enviado à ANS. Desde então, este é o principal veículo de informações econômico-financeiras para a ANS.

2.6 Reconhecimento de Receitas e Despesas na Saúde Suplementar

2.6.1 Receitas

O Capítulo IV – da RN 418, denominado Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar, no item 1) Fato Gerador da Receita do Mercado de Saúde Suplementar, neste item, a ANS destaca que “o mercado de saúde suplementar presta um **serviço de cobertura de riscos relacionados à assistência à saúde**”, trata-se de uma obrigação de cobertura contratual, sendo observado o princípio da competência, os registros devem ser realizados no período em que as receitas ocorrem (ANS, 2016a).

Como os riscos contratuais das vigências, nem sempre se iniciam no dia primeiro de cada mês, ou seja, os contratos podem possuir vigências para coberturas que se iniciam em qualquer dia do mês, as operadoras devem constituir a Provisão de Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas (PPCNG).

A ANS (2016a) define o termo “não ganha” da seguinte forma:

[. . .] significa que o período de risco de cobertura contratual ainda não decorreu, portanto, a operadora ainda não prestou o serviço para o beneficiário do plano, que é a cobertura contratual dentro daquele prazo. A operadora não pode registrar esse valor como receita até que haja cobertura contratual decorrida no tempo. (ANS, 2016a).

Sendo assim, as operadoras registram todo o faturamento dos contratos, no primeiro dia do início da cobertura contratual mensal, e ao final do mês, baixa o saldo da provisão correspondente ao período de cobertura decorrido, restando nesta conta o saldo, cujo período ainda decorrerá.

Esse procedimento, consoante com as *IFRS*, pela interpretação do CPC 30 – Receitas, que segundo Grecco (2013) trouxe uma importante modificação quanto ao momento de reconhecimento das receitas, que no Brasil sempre foi baseado na forma, que se atinha ao documento fiscal, com o CPC, passa a ocorrer quando os riscos são transferidos ao comprador, independentemente de emissão de documento fiscal. A Tabela 6 exemplifica esta operação:

Tabela 6 - Exemplo Reconhecimento Receita

Exemplo de Vigência da Cobertura Contratual com início no dia 10			
Data	Operação	Valor	Ação
25/02/2017	1) Geração da cobrança das contraprestações do Contrato	R\$10.000,00	Nenhuma
10/03/2017	2) Registro Contábil do início da cobertura	R\$10.000,00	Reconhece o direito ao crédito no Contas a Receber - Ativo
			Registra a Provisão da Contraprestação Não Ganha
31/03/2017	3) Registro Contábil da Receita	R\$6.666,67	Registra a baixa da PPCNG, pelo período decorrido
			Reconhece a receita pelo tempo decorrido do contrato
10/04/2017	4) Registro Contábil da Receita do saldo da PPCNG	R\$3.333,33	Registra a baixa da PPCNG, pelo período decorrido
			Reconhece a receita pelo tempo decorrido do contrato

Nota. Fonte: Elaborado pela autora com base ANS (2016a), anexo. Capítulo IV – Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar Pp 3-5.

Com essa definição do fato gerador da receita, e consequentemente o momento do registro contábil, fica claro que “a receita de contraprestação ou prêmio deve ser reconhecida de acordo com a **execução do serviço**, que se dá com o **decurso da cobertura assistencial no tempo**” (ANS, 2016a).

Enfatizando esta situação, a ANS (2016a) esclarece que:

Receita de serviço prestado não é passível de estorno.

A receita é registrada pelo regime de competência, o que não tem nenhuma relação com o efetivo recebimento de contraprestação ou recebimento do prêmio.

A contraprestação ou o prêmio podem ser recebidos antes, durante ou depois do período de cobertura contratual, mas a receita deve ser reconhecida especificamente no período de cobertura, que é a receita relacionada ao serviço prestado pelo mercado de saúde suplementar (ANS, 2016a).

Quanto ao CPC, cabe destacar que a ANS recepcionou o CPC 30 – Receitas, que se encontra revogado a partir de 1º de janeiro de 2018, substituído pelo CPC 47 - Receita de Contrato com Cliente, com vigência na mesma data que a revogação do CPC 30. No entanto, de acordo com o CPC (2018), a vigência deste pronunciamento será definida pelos órgãos reguladores que o aprovar, e a ANS ainda não recepcionou este normativo. Tal pronunciamento, particularmente na área da saúde, não resultará em grandes impactos, já que pelos normativos vigentes, as operadoras contabilizam a receita pro-rata-dia pelo período de cobertura contratual.

2.6.2 Despesas

As despesas com eventos, ou custos assistenciais, na saúde suplementar, estão entre os principais fatores de acompanhamento e monitoramento por parte do órgão regulador, estando presente em diversos indicadores e, sendo objeto de diversos estudos no âmbito regulatório e social no país.

A relação dos custos assistenciais com as provisões técnicas, garantias financeiras e solvência é direta, e expressa a maior preocupação da ANS que o consumidor tenha garantida a continuidade de prestação da assistência à saúde (Soares, 2006).

A ANS define evento como **“qualquer despesa que a operadora incorra para a prestação do atendimento referente à cobertura contratual do beneficiário do plano de saúde comercializado, inclusive a taxa de intercâmbio eventual que uma operadora paga à outra para prestar atendimento ao seu beneficiário”** (ANS, 2016a).

Para prestar este atendimento, as operadoras podem recorrer à rede própria, conveniada e de outra operadora, ou ainda, a própria rede do SUS – Sistema Único de Saúde. Quando a operadora possuir uma rede própria assistencial (ambulatórios, consultórios, hospitais, etc.) em sua estrutura patrimonial, ou seja, operando no mesmo CNPJ, sem um critério de rateio verificável, deverá efetuar o rateio conforme determinação da ANS, no Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar (ANS, 2016a).

Cabe ressaltar que a agência não define o que seria um “critério de rateio verificável”, e que qualquer critério de rateio pode ser arbitrário (Martins, 2010, p. 49). Segundo Pereira (2009) entre outros, o método de custeio das produções são algumas das situações que dependem do julgamento dos gestores. A possibilidade de escolhas de tais critérios, bem como o registro contábil proposto pela ANS, quando se trata de atendimentos realizados na rede própria da operadora, pode ser objeto de discricionariedade por parte dos gestores.

No que diz respeito à contabilização dos custos com a rede própria, a ANS determina que as operadoras deverão precificar todos os atendimentos médicos. Essa precificação não será registrada contabilmente, serão realizadas somente por meio de controles gerenciais, que deverão estar disponíveis para verificação da auditoria e da ANS, a qualquer tempo. Essa precificação possibilitará o rateio para que a contabilização dos custos ocorra, nos seguintes moldes:

Com base nesses valores de “faturamento próprio” a operadora irá ratear os custos, registrando contabilmente as receitas com atendimentos a pacientes que não sejam seus beneficiários na conta **332119011 ou 332129011 – Receitas com Prestação de Serviços não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora**, e os custos referentes aos atendimentos desses pacientes na conta **442119019 ou 442129011 – Despesas com Prestação de Serviços não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora**.

Em relação aos seus beneficiários, a operadora deverá registrar como despesas com eventos, no grupo 4111, os custos incorridos para atendimento aos beneficiários de seus próprios planos, que será apurado pela proporcionalidade das despesas em relação ao “faturamento próprio” dos atendimentos relacionados aos seus beneficiários, que a operadora terá precificado em controles gerenciais.

O “faturamento próprio” relacionado a atendimentos a beneficiários não será passível de reconhecimento contábil (ANS, 2016a).

Além dos critérios apresentados, a ANS (2016a) define também que:

As operadoras devem considerar que os custos fixos serão rateados, no mínimo, pela capacidade esperada de atendimento e, caso os atendimentos não alcancem esse número, o excesso de custo fixo deve ser tratado como **442119014 - Custo de ociosidade no sub-grupo 442 - Despesas com Operações de Assistência à Saúde Não Relacionadas com Plano de Saúde da Operadora**.

Os custos fixos não devem causar uma volatilidade relevante no valor alocado como despesas com eventos.

A precificação utilizada pela operadora para o critério de rateio da rede assistencial própria, que opere no mesmo CNPJ, deve ser divulgada em nota explicativa.

Ferreira (2013) afirma que entre as modalidades, as cooperativas médicas são as que mais caminham em direção a uma estrutura verticalizada, denominação dada às operadoras que possuem rede própria assistencial na mesma estrutura da operadora. O autor entende que ao se verticalizarem, as operadoras pretendem se coordenarem internamente, de modo que o processo se torne mais eficiente em termos econômicos, além de maior liberdade no que se refere às exigências regulatórias e obtenção de margens de lucros. Nos normativos da ANS, que dão tratamento diferenciado a operadoras que possuem estrutura verticalizada, esse fato pode ser comprovado (Ferreira, 2013).

2.7 Acompanhamento Econômico-financeiro pela ANS

O acompanhamento econômico-financeiro se dá por meio da Resolução nº 400 de 25 de fevereiro de 2016 e segundo a ANS possui um “objetivo precípua: induzir a gestão prudente dos recursos financeiros administrados pelas operadoras, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do ente regulado e a continuidade da prestação de assistência à saúde com a qual se comprometeram junto aos seus beneficiários”. Tal norma tenta mitigar o risco de insolvência das operadoras, e por consequência mitigar também o risco de descontinuidade do negócio.

Estão relacionados, no escopo da atuação da ANS, processos que visam essencialmente (ANS, 2016d):

- apurar a regularidade das informações contábeis e financeiras;
- verificar adequação quanto à constituição das garantias financeiras e ativos garantidores;
- identificar desequilíbrios financeiros; e
- avaliar a sustentabilidade econômica das operações.

Quando detectado desconformidades em operadoras, a ANS atua conforme a gravidade e relevância da desconformidade, podendo ser acompanhada (ANS, 2016d):

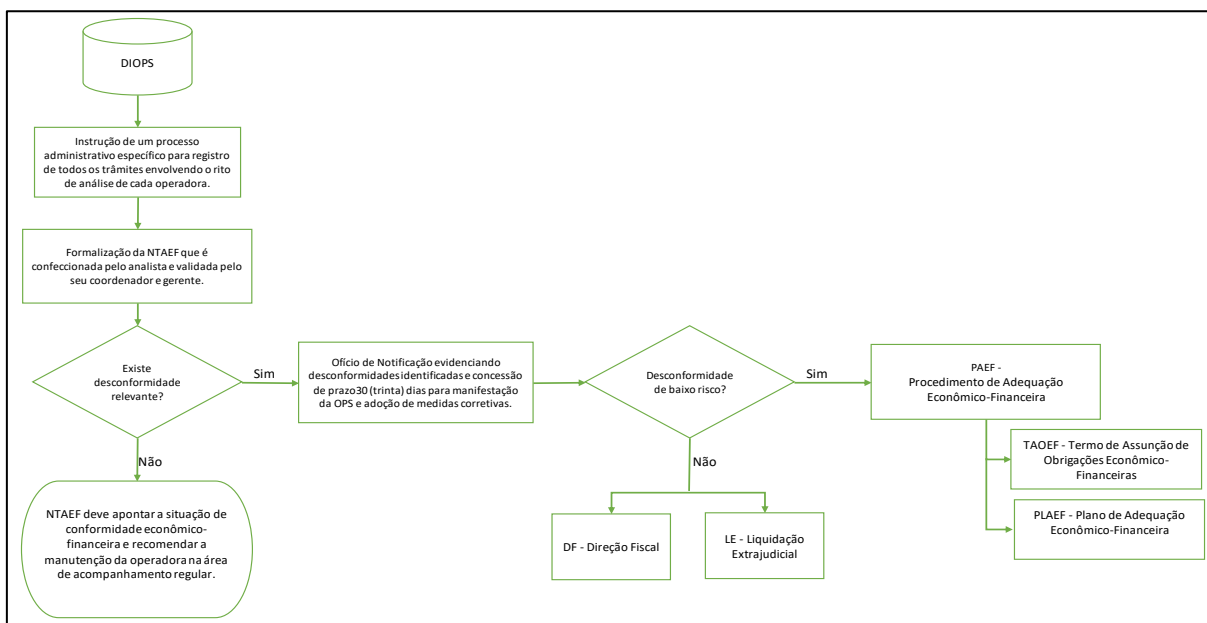
- no âmbito de um Procedimento de Adequação Econômico-Financeira (PAEF);
- em uma Direção Fiscal (DF); ou

- pode ter indicada a sua saída ordenada do mercado regulado – via alienação compulsória de carteira, seguida de cancelamento compulsório ou liquidação extrajudicial (LE).

As operadoras são acompanhadas por meio das informações contábeis de final de exercício, obtidas pela ANS por meio do DIOPS - Documento de Informações Periódicas (DIOPS) financeiro, com todos os seus quadros e relatórios auxiliares, e, também por meio das demonstrações contábeis completas, incluindo o parecer de auditoria independente e demais relatórios previstos em normativos.

De acordo com (ANS, 2016d), o ciclo do acompanhamento se inicia no ano seguinte, com a recepção de tais informações, sendo que os critérios de seleção variam de acordo com aspectos de risco e relevância no mercado em que atuam: quanto maior o risco de apresentar desconformidades que comprometam a sua solvência e quanto maior sua representatividade no mercado em que atuam, maior a chance da operadora ser selecionada para o ciclo de acompanhamento. Este acompanhamento está representado no fluxo da Figura 10.

Figura 10 - Fluxo Processual do Acompanhamento Econômico-financeiro das Operadoras



Fonte: Elaborado pela autora com base na ANS (2016d) Cartilha de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras de Planos Privados de Assistência À Saúde (Resolução Normativa – RN nº 400/2016).

A ANS destaca, que diante das limitações de recursos tecnológicos e humanos disponíveis, apenas as operadoras que preenchem os critérios de risco e relevância são analisadas com maior profundidade por servidores, dentro do horizonte de tempo previsto para

o ciclo. As etapas tipicamente efetuadas na análise, conforme Tabela 7, descreve o passo a passo dos trabalhos realizados no âmbito do acompanhamento regular, detalhando o fluxo na Figura 10.

Tabela 7 - Análise econômico-financeira das OPS

ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS OPERADORAS		
Passos	Análises	Consequências
1º - Avaliação contábil: fidedignidade das informações	Os relatórios de auditoria são peças chave para essa checagem, mas diversos testes também podem ser realizados sobre a qualidade dos registros contábeis e a observância ao plano de contas e normas contábeis do setor. Havendo qualquer indício de fragilidade nos números apresentados, a avaliação pode ficar comprometida por não refletir a realidade patrimonial, econômica ou financeira daquela operadora, limitando ou inviabilizando, portanto, a análise.	Não estando este requisito mínimo satisfeito ou havendo dúvidas, a operadora é questionada para realizar os ajustes necessários ou até mesmo apresentar documentação complementar que ateste a supressão das fragilidades detectadas. Há casos em que uma visita técnica poderá ser proposta, a partir da verificação preliminar, para que os técnicos da DIOPE possam apurar, no trabalho de campo, as informações mais adequadas.
2º - Verificação da suficiência em garantias financeiras e ativos garantidores	Primeiramente são calculadas as exigências gerais e específicas de acordo com o porte, tipo e modalidade da operadora, segundo as regras estabelecidas nos normativos vigentes. Em seguida, esses valores são confrontados com o patrimônio e com os recursos financeiros existentes no período para, assim, calcular a suficiência ou não da operadora na constituição das garantias.	A insuficiência na constituição de garantias financeiras significa maior exposição ao risco de ocorrência de problemas relacionados à liquidez e solvência. Por esta razão, a ANS tem desenvolvido mecanismos cada vez mais eficientes de aferição da suficiência nas garantias financeiras e ativos garantidores, com vistas a um controle mais próximo e uma ação mais célere no âmbito do processo de acompanhamento econômico-financeiro.
3º - Análise dos indicadores de balanço	São calculados os principais indicadores clássicos de análise de balanço como liquidez corrente, nível de alavancagem, prazos médios de pagamento e recebimento, lucratividade; e os específicos do setor como sinistralidade e índice combinado.	Trata-se de uma análise clássica de demonstrações financeiras que busca identificar desequilíbrios financeiros ou operacionais que possam significar risco à manutenção da assistência dos beneficiários. Os indicadores são analisados em conjunto, confrontando as relações existentes entre as principais contas de ativo, passivo e da demonstração de resultado. Além disso também são realizadas análises verticais (representatividade dos saldos nos principais grupos) e horizontais (variações significativas de saldos entre períodos).
4º - Desempenho econômico	São calculados os índices de resultado e rentabilidade da operadora que irão revelar a situação econômica de suas operações nos últimos trimestres.	Esses indicadores demonstram aspectos importantes de viabilidade e continuidade e são capazes de sinalizar possíveis dificuldades a serem enfrentadas em um futuro recente e que devem ser acompanhados com cautela por seus administradores.
5º - Conclusão da análise	Na análise econômico-financeira conclusiva da operadora, o grau de desconformidade a ser apontado dependerá do comportamento estático e dinâmico das variáveis no período observado.	A depender da desconformidade, poderá ser oportunizada a apresentação de TAOEF nos termos da RN nº 307/2012.

Nota. Fonte: Elaborado pela autora com base na ANS (2016d) Cartilha De Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras de Planos Privados de Assistência À Saúde (Resolução Normativa – RN Nº 400/2016).

Percebe-se que a ANS oferece alternativas, quando o risco de descontinuidade é menor, facultando às operadoras a utilização de medidas como por exemplo o TAOEF – Termo de Assunção de Obrigações Econômico-financeiras.

2.7.1 Provisões Técnicas e Solvência

A ANS define Provisões Técnicas no Glossário Temático da Saúde Suplementar (2017):

Montante a ser contabilizado em contas do balanço patrimonial da operadora de plano privado de assistência à saúde, como objetivo de dimensionar as suas obrigações futuras **decorrentes de riscos ocorridos ou não**, possibilitando a avaliação adequada de suas responsabilidades, previstas nas normas aplicáveis (ANS, 2017, p. 44) (grifo nosso).

Atualmente as operadoras estão obrigadas a constituir as seguintes provisões técnicas:

- a) Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA);
- b) Provisão Para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL); e,
- c) Provisão Para Eventos / Sinistros a Liquidar SUS (PESL SUS). (ANS, 2016b).

2.7.1.1 Peona – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados

A PEONA, regulamentada desde 2001, é uma provisão, estimada atuarialmente, para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à operadora. Assim, o principal objetivo desta provisão é adequar o registro contábil do custo assistencial ao princípio da competência, ainda que por meio de estimativas atuariais.

Em sua regulamentação, inicialmente era necessário ter uma Nota Técnica Atuarial aprovada pela ANS, ou calcular a provisão com base em percentuais preestabelecidos. Desde janeiro de 2016, a ANS não aprova mais as metodologias de cálculo de PEONA constantes em Nota Técnica Atuarial de Provisão (NTAP). De acordo com a RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015, as OPS deverão comunicar à ANS, formal e previamente, a adoção de metodologia atuarial pelo novo método.

A Tabela 8, demonstra de forma resumida o novo cenário da PEONA, conforme o porte da operadora.

Tabela 8 - Cenário PEONA

Situação	Como fica a exigência
OPS com metodologia atuarial autorizadas até 31/12/2015 – (todos os portes)	- Devem manter a metodologia atuarial a partir de 01/jan/2016 (promovendo os ajustes/substituição quando necessário)
OPS Grande Porte (que ainda não possuem metodologia atuarial)	- Metodologia atuarial obrigatória a partir de 01/jan/2017 - Até 31/dez/2016 podem adotar os percentuais estabelecidos na norma
OPS Médio e Pequeno Porte (que ainda não possuem metodologia atuarial)	- Até adotarem metodologia atuarial deverão adotar os % estabelecidos na norma

Nota. Fonte: ANS (2016b).

A ANS, conforme observa-se na Tabela 8, facultou às operadoras de pequeno e médio porte a utilização de percentuais estabelecidos na norma, ao invés de aplicação de metodologia própria.

2.7.1.2 PESL - Provisão Para Eventos / Sinistros a Liquidar

A PESL é uma provisão que faz frente ao montante dos eventos comprovados pelo beneficiário ou prestador do serviço, que não foram pagos pela operadora. Ela tem o objetivo de resguardar o direito do pagamento aos prestadores de serviços ou ressarcimento aos beneficiários (Magalhães, Santos, Negreiros & Soares, 2015).

Ressalta-se esta provisão se aplica aos procedimentos realizados na rede própria da operadora ou não, incluindo os atendimentos na rede pública que são cobrados pela ANS para ressarcimento ao SUS.

Quanto à contabilização esta provisão, requer atenção especial, conforme transcrito da Resolução Normativa nº 393 de 9 de dezembro de 2015:

Art. 7º A PESL deverá ser constituída pelo **valor integral**, cobrado pelo prestador, **no mês da notificação da ocorrência da despesa assistencial, bruto de qualquer operação de resseguro.**

§ 1º Entende-se por notificação da ocorrência da despesa assistencial, para os fins descritos no caput, **qualquer tipo de comunicação estabelecida** entre o prestador de serviços de saúde e a OPS, ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas, **independentemente da existência de qualquer**

mecanismo, processo ou sistema de transmissão direta ou indireta, que evidencie a realização de procedimento assistencial do beneficiário.

§ 2º A PESL abrange os valores a serem reembolsados aos beneficiários e pagos aos prestadores de serviços de saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde – SUS e cooperados.

§ 3º A PESL deverá contemplar os eventuais ajustes nos valores avisados até que ocorra a efetiva liquidação/pagamento do evento/sinistro.

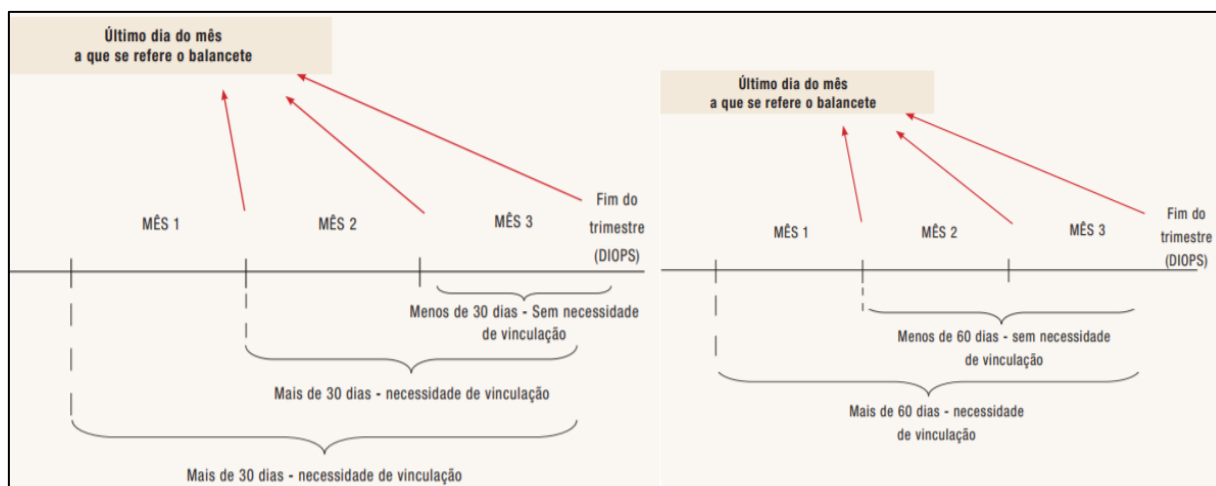
§ 4º Nos casos das **cooperativas**, em que o prestador for o próprio cooperado e o regime de remuneração desse prestador for variável, dependendo exclusivamente do resultado mensal apurado pela cooperativa, o valor **poderá ser informado após a apuração do resultado mensal**, porém, no mesmo mês de competência;

§ 5º Nos casos em que **os atendimentos forem efetuados na rede assistencial pertencente à OPS**, ou seja, que opere no mesmo CNPJ, o valor **será apurado por um critério de rateio, e nesse caso, o valor só será conhecido no último dia do mês**, portanto, o valor poderá ser informado após a apuração do rateio, porém, no mesmo mês de competência.

§ 6º O ressarcimento ao SUS deve ser contabilizado como evento/sinistro no momento do recebimento do aviso, observando os critérios definidos pela regulamentação específica em vigor (ANS, 2015b) (grifo nosso).

Por meio de uma segregação, o montante da provisão de eventos /sinistros a liquidar, são classificados por idade dos saldos, de forma a compor a parcela da provisão com exigibilidade de ativos garantidores vinculados, a depender do porte da operadora, conforme Figura 11 (ANS, 2016b).

Figura 11 - Gráfico Esquemático da Segregação da PESL



Fonte: ANS (2016b)

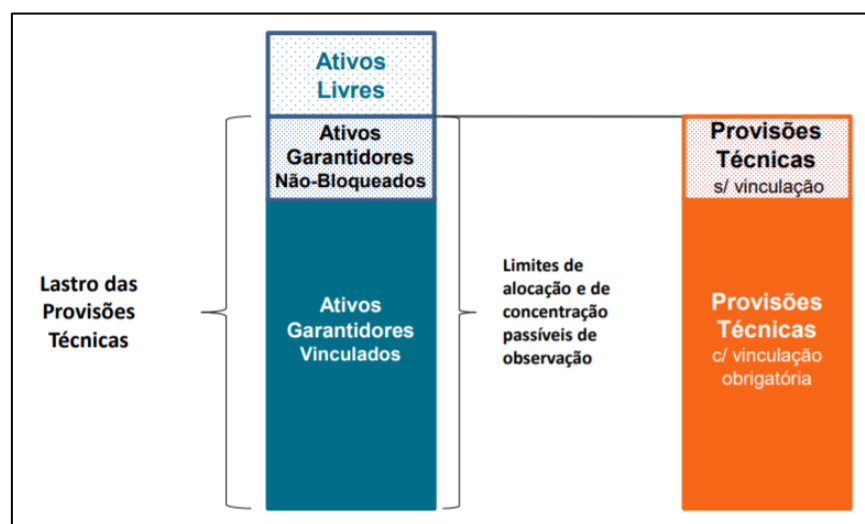
Tendo em vista os itens apresentados pela norma reguladora quanto à contabilização da provisão, a agência determina ainda o envio trimestral de relatório circunstanciado, elaborado por auditoria independente, nos moldes na Instrução Normativa nº 45 de 15 de dezembro de 2010.

2.7.1.3 Ativos Garantidores

De forma a dar reais garantias às provisões técnicas, a ANS determinou por meio da Resolução Normativa nº 392 de 9 de dezembro de 2015, que as operadoras deveriam lastrear tais provisões em ativos garantidores, obedecendo ainda os limites de alocação e de concentração do BACEN, constantes na Resolução CMN n. 4.444/15 de 13 de novembro de 2015, de modo que lhes sejam conferidos segurança, rentabilidade e liquidez (ANS, 2015a).

Os ativos garantidores classificam-se em Ativos Garantidores Não-Bloqueados e Ativos Garantidores Vinculados (Figura 12). Além disso, as operadoras possuem os ativos livres, que são recursos que as operadoras detêm que não lastreiam as provisões técnicas.

Figura 12 - Ativos Garantidores



Fonte: ANS (2017)

Os Ativos Garantidores Não-Bloqueados apresentados na Figura 12 referem-se à parcela que visa o lastro do saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar que tenham sido avisados nos últimos 30 (trinta) dias para operadoras de grande porte, e 60 (sessenta) para operadoras de pequeno ou médio porte, cuja norma dispensa a vinculação em ativos garantidores.

As demais provisões (PEONA, PESL maior que 30/60 dias) devem estar vinculadas aos ativos garantidores por meio de centrais de custódia, fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar ou averbação em cartório competente e cuja movimentação ou desvinculação está sujeita à aprovação prévia, conforme a regulamentação do sistema de saúde suplementar (ANS, 2015a).

3. Procedimentos Metodológicos

3.1 Tipologia da Pesquisa

A pesquisa possui uma abordagem empírico-analítica, qualitativa no que diz respeito ao mercado de planos de saúde, bem como a regulação e normativos econômico-financeiros e quantitativo quando busca medir e descrever o gerenciamento de resultados, por meio da investigação das variáveis que explicam esse fenômeno.

A pesquisa quanto aos objetivos caracteriza-se como descritiva, segundo Gil (2008, p. 28) esse tipo de pesquisa busca descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Quanto às estratégias de pesquisa, foram utilizadas bibliográfica e documental, com dados secundários obtidos no site da ANS. A fim de atingir os objetivos definidos a pesquisa tem abordagem qualitativa-quantitativa. Segundo Richardson (1999), esse tipo de pesquisa “justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social” (Richardson, 1999, p.79).

Desta forma, como se busca investigar um fenômeno na população estudada, esta seria a melhor abordagem. A pesquisa também é quantitativa pois utilizará instrumentos estatísticos na coleta e tratamento dos dados, através do levantamento de dados para avaliação de possível gerenciamento de resultados.

3.2 População e Amostra

A população deste estudo é composta por 1.284 operadoras de planos de saúde com registro na ANS. Desta população pretende-se estudar uma amostra de 300 operadoras de planos de saúde, classificadas na ANS como cooperativas médicas no período de 2013 a 2016 conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Perfil da amostra por porte

Porte	Número de Operadoras	%	Total de Beneficiários	%
Grande porte	37	12%	10.838.136	61%
Médio porte	120	40%	5.488.252	31%
Pequeno porte	143	48%	1.391.594	8%
Total Geral	300	100%	17.717.982	100%

Nota. Fonte: Elaborado pela autora com base em ANS – TABNET – junho/2017.

A escolha do período baseou-se no fato de que a partir do exercício de 2013, com a edição da RN 290 que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão e suas alterações seguintes, não houveram mudanças substanciais em sua estrutura, de forma que o tratamento dos dados estaria disponível em bases mais comparáveis.

Optou-se por esta modalidade pela sua representatividade no mercado, tanto em número de beneficiários, quanto em número de operadoras com autorização de funcionamento da ANS, e, pelo fato ainda, destas se relacionarem num sistema de intercâmbio. Com base na aplicação destes critérios, obtiveram-se 1.200 observações, que dizem respeito a 300 operadoras (Tabela 9), numa série temporal de 4 anos.

3.3 Coleta de Dados

Os procedimentos de coletas de dados ocorrerão por meio das informações contábeis anuais do período de 2013 a 2016, enviadas pelas operadoras por meio do DIOPS, padronizadas por meio do Plano de Contas Padrão vigente em cada período selecionado e disponibilizadas de forma pública no formato Excel no site da ANS.

Além destas informações, foram extraídos também do site da ANS a bibliografia e normativos aplicáveis aos aspectos contábeis do setor pesquisado, bem como dados econômicos e cadastrais, que possibilitarão o tratamento dos dados e seleção das rubricas do Plano de Contas necessárias para composição das variáveis.

3.4 Abordagem Metodológica

A abordagem metodológica aplicada a este estudo é de *accrual* específico, segundo Rodrigues (2008), o fato de que os investigadores conseguem desenvolver uma intuição muito particular sobre os fatores chaves que influenciam o comportamento do *accrual* específico é uma vantagem metodológica.

Essa técnica é válida principalmente quando existem poucas oportunidades de manipular o resultado contábil, como no caso dos mercados fortemente regulados. Marcelli (2013) ratifica ao afirmar que esta abordagem metodológica, possui grande concentração em estudos realizados em mercados regulados, como por exemplo instituições financeiras, planos de saúde e seguradoras.

Optou-se por utilizar modelos econométricos de regressão com dados em painel, processados por meio do *software Gretl*. Um conjunto de dados em painel, ou dados longitudinais, consiste numa série temporal com dados de cortes transversais. Segundo Gujarati (2006) esse método é considerado adequado quando a amostra é composta das mesmas empresas ao longo do tempo e utiliza as mesmas variáveis.

3.5 Hipóteses

De acordo com a proposta da presente pesquisa, bem como as discussões levantadas anteriormente, as hipóteses a serem testadas nessa investigação estão no quadro-resumo, na tabela 10, que contém: o problema de pesquisa, objetivos e as hipóteses de pesquisa.

Tabela 10 - Quadro Resumo da Pesquisa

Problema de Pesquisa	Objetivos	Hipóteses	Metodologia
Há evidências significativas de gerenciamento de resultados pelas operadoras na modalidade de cooperativas médicas?	Geral: Identificar possível gerenciamento de resultados pelas operadoras na modalidade de cooperativas médicas no período de 2013 a 2016. Específicos: 1) Identificar variáveis que são significativas para explicar o possível gerenciamento de resultado. 2) Desenvolver um modelo específico que permita explorar as peculiaridades das escolhas contábeis que envolvem as práticas contábeis no setor de saúde suplementar.	H ₁ : Existe evidências significativas de gerenciamento de resultados pelas OPS na modalidade de cooperativas médicas.	Revisão da literatura;
		H ₁ : As operadoras na modalidade de cooperativa médica gerenciam resultados por meio das contas Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora.	Aplicação do Modelo de Regressão Linear Múltipla com Dados em Painel, tendo como variável dependente Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora e Variação das Contraprestações Efetivas; Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora; Variação do Lucro Líquido; Lucro Líquido; Patrimônio Líquido e logaritmo natural do Ativo como variáveis explicativas.
		H ₂ : As operadoras na modalidade de cooperativa médica gerenciam resultados por meio da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA).	Aplicação do Modelo de Regressão Linear Múltipla com Dados em Painel, tendo como variável dependente Variação da PEONA e Patrimônio Líquido; Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; Resultado das Operações com Planos de Saúde; Variação do número de beneficiários; Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores como variáveis explicativas.

Nota. Fonte: Elaborado pela autora

3.6 Modelo de Dados em Painel

A econometria a partir do uso de dados em painel apresenta algumas técnicas de estimações adequadas para variáveis observáveis e não observáveis. Visando auxiliar a decisão de escolha entre as três abordagens empregadas: a) Mínimos Quadrados Ordinário - POLS agrupado (*pooled*); b) efeitos fixos (EF); e c) efeitos aleatórios (EA).

A abordagem POLS empilha dados de interesse e estima o modelo por Mínimos Quadrados Ordinários (MQO), segundo Reinaldo (2017) esse modelo é considerado o mais restrito, pois despreza as dimensões temporal e espacial dos dados e considera todos os coeficientes constantes ao longo do tempo e entre indivíduos. Esse modelo assume os mesmos pressupostos do modelo de regressão linear clássico, e caso o modelo seja especificado corretamente e os regressores não sejam correlacionados com o termo de erro, pode-se estimar consistentemente os parâmetros a partir desta abordagem.

Os modelos de efeitos fixos para dados em painel permitem que os interceptos variem entre as unidades observacionais, contemplando a heterogeneidade entre indivíduos, mas que são constantes ao longo do tempo, essa abordagem, portanto é empregada nas análises feitas com dados em painel para tratar a questão de heterogeneidade não observada. Se os efeitos não observados estão correlacionados com alguma variável explicativa, a estimação por efeitos fixos seria a mais apropriada (Reinaldo, 2017; Gujarati & Porter, 2011).

Também conhecido como modelo de componentes dos erros (MCE), no modelo de efeitos aleatórios, os componentes de erro individual não estão correlacionados entre si, nem com as unidades de corte transversal e de série temporal. Esse modelo é adequado em situações em que cada unidade do intercepto (aleatório) do corte transversal não está correlacionada com os regressores (Reinaldo, 2017; Gujarati & Porter, 2011).

Para verificar qual abordagem é a mais adequada, é importante testar a presença dos efeitos não observáveis no modelo e a correlação destes efeitos com as variáveis explicativas. Recomenda-se a utilização dos seguintes testes:

- a) Teste de Chow: o teste para efeito individual e/ou temporal é baseado na comparação entre o modelo de efeito fixo e o modelo para dados agrupados (*pooled*). A hipótese nula deste teste é de que há igualdade de interceptos e inclinações para todos os indivíduos, que corresponde a característica do modelo de dados agrupados.

- b) Teste LM (Lagrange multiplier) de Breusch-Pagan: teste baseado no multiplicador de Lagrange para confrontar as estimativas entre o modelo de dados agrupados (*pooled*) e modelos de efeitos aleatórios. O teste Breusch e Pagan consiste em verificar as seguintes hipóteses:

H0: a variância dos resíduos que refletem diferenças individuais é zero (POLS).

H1: a variância dos resíduos que refletem diferenças individuais é diferente de zero (efeitos aleatórios).

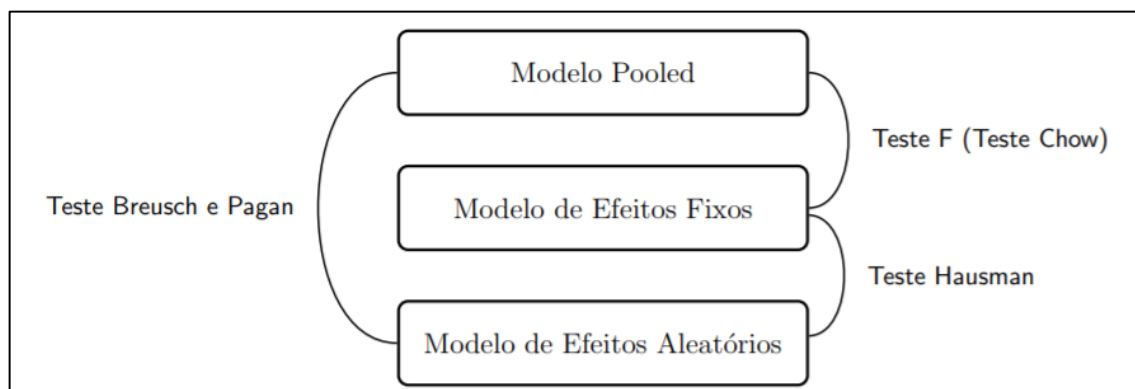
- c) Teste de Hausman: oferece a possibilidade de escolher entre Efeitos Fixos e Efeitos Aleatórios.

H0: modelo de correção dos erros é adequado (efeitos aleatórios).

H1: modelo de correção dos erros não é adequado (efeitos fixos).

A Figura 13 demonstra os testes adequados para auxiliar na decisão de cada modelo.

Figura 13 - Testes de Comparação entre os Modelos



Fonte: Reinaldo (2017).

Além disso, deve-se observar os pressupostos para utilização da técnica do modelo de regressão com dados em painel: heterocedasticidade, normalidade dos resíduos, autocorrelação dos resíduos, multicolinearidade e erros de levantamento ou medida das variáveis (Fávero et al., 2009).

Os modelos analisados foram desenvolvidos utilizando-se o procedimento econométrico conhecido por correção Newey-West, ou simplesmente chamado de regressão robusta, para tratamento da heterocedasticidade e autocorrelação. Quanto à normalidade,

conforme exposto por Gujarati e Porter (2011), para grandes amostras (acima de 100), pode-se relaxar o pressuposto da normalidade dos resíduos.

3.7 Definição Teórica e Operacional das Variáveis

O setor, regulado desde 1.998, com diversas alterações de Planos de Contas, possui características peculiares quanto às práticas contábeis, sendo assim, para seleção das variáveis os seguintes pontos foram avaliados:

- a) Baseado nas disposições regulatórias vigentes, procurou-se identificar quais contas específicas do segmento poderiam ser objeto de discricionariedade por parte dos gestores;
- b) Qual o nível de discricionariedade destas variáveis, considerando como pressuposto básico a forma de mensuração, reconhecimento e subjetividade empregada;
- c) Sobre quais contas a agência reguladora exerce maior controle e monitoramento.

Para verificar se as operadoras de planos de saúde, na modalidade cooperativa médica gerenciam resultados, por meio de *accruals* específicos, buscou-se identificar as variáveis que melhor capturassem o efeito discricionário da ausência de regulação sobre as contas Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora.

A Tabela 11 demonstra as variáveis, sua codificação e uma breve descrição. Estas variáveis foram obtidas por meio da utilização das contas constantes no Plano de Contas Padrão (Tabela 12), que permitiu tratamento uniforme para todas as operadoras, conforme demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Variáveis do Estudo

Variável	Sigla	Descrição
Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora	ORNR OPS	Referem-se ao resultado das contas de “Outras Receitas Operacionais” e “Outras Despesas Operacionais”.
Resultado das Operações com Planos de Saúde	ROPS	Referem-se ao resultado das Contraprestações Efetivas e Eventos Indenizáveis Líquidos.
Variação da PEONA	Var_PESL_PEONA	Variação da Provisão PEONA em valores absolutos.
Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos	Var_EIL	Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos.
Variação das Contraprestações Efetivas	Var_CE	Variação das Contraprestações Efetivas
Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora	Var_DebPasORNR OPS	Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora
Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores	Var_PESL_SUS_Outros	Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores
Variação do Lucro Líquido	Var_LL	Valor da variação do Lucro Líquido em cada período, excluindo-se os efeitos de Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora
Lucro Líquido	LL	Valor do Lucro Líquido de cada período excluindo-se os efeitos de Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora
Patrimônio Líquido	PL	Refere-se ao valor do Patrimônio Líquido no período.
Ativo Total	LN_Ativo	Refere-se ao logaritmo do Ativo Total
Variação do número de beneficiários	Var_NBenef	Variação do número de beneficiários

Nota. Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 12 - Plano de Contas Padrão - ANS

3.2.1.1 - Classes de Contas Patrimoniais	
a) Classe 1 – ATIVO	b) Classe 2 – PASSIVO
Grupo 12 – Ativo Circulante	Grupo 21 – Passivo Circulante
	Contas 21111902 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS
	Contas 21111903 - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais
	Contas 21111904 - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA)
Grupo 13 – Ativo Não Circulante	Grupo 23 – Passivo Não Circulante
	Grupo 25 – Patrimônio Líquido / Patrimônio Social
Grupo 19 – Compensação Ativo	Grupo 29 – Compensação Passivo
3.2.1.2 Classes de Contas de Resultado	
a) Classe 3 – CONTAS DE RECEITA	b) Classe 4 – CONTAS DE DESPESA
Grupo 31 – Receitas com Operações de Assistência a Saúde	Grupo 41 – Eventos Indenizáveis Líquidos/Sinistros Retidos
Grupo 32 – (-) Tributos Diretos de Operações de Assistência à Saúde	Grupo 43 – Despesas de Comercialização
Grupo 33 – Outras Receitas Operacionais	Grupo 44 – Outras Despesas Operacionais
Subgrupo 332 - RECEITAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO RELACIONADAS COM PLANOS DE SAÚDE DA OPERADORA	Subgrupo 442 - OUTRAS DESPESAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NÃO RELACIONADAS COM PLANO DE SAÚDE DA OPERADORA
Grupo 34 - (-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência a Saúde	Grupo 45 – Despesas Financeiras
Grupo 35 – Receitas Financeiras	Grupo 46 – Despesas Administrativas
Grupo 36 – Receitas Patrimoniais	Grupo 47 – Despesas Patrimoniais
c) Classe 6 – CONTAS DE DESTINAÇÃO / APURAÇÃO DE RESULTADO	d) Classe 7 – CONTAS TRANSITÓRIAS - APURAÇÃO DE CUSTOS
Grupo 61 – Impostos e Participações sobre o Lucro	Grupo 71 – Apuração de Custos
Grupo 69 – Apuração do Resultado	

Nota. Fonte: Elaborado pela autora com base na RN nº 418 (2016), anexo. Capítulo I – Normas Gerais pp 5-6.

Com o intuito de testar a hipótese de pesquisa, optou-se pela variável dependente Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS). A escolha desta variável se baseou em Martinez (2001), que constatou empiricamente que os resultados

não operacionais constituem instrumento para melhorar o resultado, evitando reportar prejuízos, concluindo que as contas não operacionais exercem papel importante no gerenciamento de resultados.

Vale lembrar que entre as mudanças trazidas pelo processo de convergência às normas internacionais, uma delas é alteração na demonstração do resultado do exercício, da rubrica “resultado não operacional” por “outras receitas e outras despesas” (Cardoso, Saravia, Tenório & Silva, 2009).

A variável Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (**ORNR OPS**) foi obtida por meio do resultado da subtração do saldo em cada período das contas “Receitas de Assistência à Saúde Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora” (332), pelo saldo das contas (-) “Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência à Saúde” (conta 34) e “Outras Despesas de Assistência à Saúde Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora” (442), conforme a fórmula abaixo.

$$ORNR_{OPS} = RecNR_{OPS} + Trib_{OA} - DespNR_{OPS}$$

Outro aspecto, mencionado no item 2.6.1 Despesas, refere-se à classificação contábil entre as contas “Eventos Indenizáveis Líquidos” e “Outras Despesas de Assistência à Saúde Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora”, quando a operadora possui recurso próprio, a norma da ANS faculta a utilização de critérios arbitrários de rateio.

Esses critérios dependerão do julgamento do gestor, tornando altamente discricionária essa rubrica, já que pode ocorrer superavaliação de valores em contas “Outras Despesas de Assistência à Saúde Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora” em detrimento da utilização da conta “Eventos Indenizáveis Líquidos”.

A escolha da variável explicativa Patrimônio Líquido (PL), se deve ao fato de as operadoras estarem obrigadas à constituição de Margem de Solvência, que é o capital exigido pela ANS, ela exerce neste estudo um parâmetro de solvência. Considerando este fato, depreende-se que a necessidade de obter resultados positivos, para aumentar o Patrimônio Líquido seja uma motivação para gerenciar resultados. O valor da variável Patrimônio Líquido (**PL**) refere-se ao saldo, em cada período, desta conta que se encontra no Balanço Patrimonial.

Cardoso (2005) afirma que o porte da operadora é um fator relevante quanto às práticas de gerenciamento, já que quanto maior o porte, mais intensamente as operadoras são

fiscalizadas, tornando isso um incentivo para gerenciamento de resultados. Assim, optou-se pela utilização da variável de controle Logaritmo do Ativo Total, para capturar o efeito do porte da instituição. O valor da variável Ativo Total (**LN_Ativo**) refere-se ao saldo, em cada período, desta conta, que se encontra no Balanço Patrimonial.

A variável Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos (**Var_EIL**), que leva em consideração a variação dos custos médicos, valor que compõe o cálculo da sinistralidade. O índice de sinistralidade é acompanhado pela ANS, e pelo mercado como um todo, já que quando não devidamente controlado, pode representar a descontinuidade da operadora. O índice de variação dos custos médicos hospitalares (VCMH), é objeto de diversos estudos nacionais e internacionais, e coloca em risco toda a sustentabilidade da cadeia de serviços de saúde, público ou privado. O valor da Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos (**Var_EIL**) foi obtido por meio do cálculo da variação entre os períodos do saldo da conta “Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos” (conta 41), que se encontra nas demonstrações de resultados.

Por outro lado, a inclusão da variável Variação das Contraprestações Efetivas (**Var_CE**) além de demonstrar o aumento das receitas diretamente relacionadas com Planos de Saúde da Operadora, e compor o cálculo da sinistralidade, servirá para aumentar o poder preditivo da estimação dos modelos de detecção de gerenciamento de resultados analisados neste trabalho. O valor da Variação das Contraprestações Efetivas (**Var_CE**) foi obtido por meio do cálculo da variação entre os períodos do saldo das contas “Receitas Com Operações De Assistência à Saúde” (conta 31) e “(-) Tributos Diretos De Operações De Assistência À Saúde” (conta 32), que se encontram nas demonstrações de resultados.

A variável dependente Variação da PEONA (**Var_PESL_PEONA**), foi incluída com o objetivo de verificar se as operadoras na modalidade de cooperativa médica, gerenciam resultados por meio das provisões técnicas, sendo a PEONA a principal provisão no mercado de saúde suplementar.

Estudos internacionais (Petroni, 1992; Beaver et al, 2003; Gaver & Perterson, 2004) e nacionais (Rodrigues, 2008 e Mattos & Macedo (2014) indicam que as provisões técnicas são objeto de discricionariedade por parte dos gestores.

Esta variável foi obtida por meio do cálculo da variação entre os períodos do saldo da conta “Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA)” (conta 21111904), que se encontra no Balanço Patrimonial.

A Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores (Var_PESL_SUS_Outros), foi escolhida para verificar o comportamento do Passivo Circulante relacionado às provisões técnicas e débitos com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora. O valor desta variável foi obtido por meio do cálculo da variação entre os períodos do saldo das contas “Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS” (conta 21111902) e Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais (conta 21111903), que se encontram no Balanço Patrimonial.

Sob o mesmo argumento, utilizou-se a variável Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora (Var_DebPasORNR OPS), obtida por meio do cálculo da variação entre os períodos do saldo da conta “Débitos Com Operações de Assistência à Saúde Não Relacionadas Com Planos De Saúde Da Operadora” (conta 214), que se encontra no Balanço Patrimonial.

Adicionalmente, foi incluída a variável Resultado das Operações com Planos de Saúde (ROPS), para evidenciar o comportamento das variações das provisões técnicas em relação ao Resultado das Operações com Planos de Saúde (ROPS). Seu valor foi obtido pela subtração do saldo em cada período das contas “Receitas com Operações de Assistência à Saúde” (31), pelo saldo das contas “(-) Tributos Diretos de Operações com Planos de Assistência à Saúde da Operadora” (conta 32) e “Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos” (41), resultando a fórmula:

$$ROPS = \text{Contraprestações Efetivas} - \text{Eventos Indenizáveis Líquidos}$$

A variável Variação do número de beneficiários (Var_NBenef) foi obtido por meio do cálculo da variação entre os períodos do número de beneficiários em cada operadora na competência de dezembro de cada exercício. A escolha desta variável seguindo Mensah et al (1994), considera que o número de beneficiários deve influenciar o volume das provisões técnicas, pois com o aumento de beneficiários expostos aos eventos, as provisões tenderiam ao aumento, demonstrando uma relação positiva.

Por fim, a escolha da variável Variação do Lucro Líquido e Lucro Líquido mensuram a variação do lucro e o lucro do período, excluindo os efeitos da variável Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS). Com a inclusão destas variáveis, pretende-se explicar o comportamento da variável dependente em relação aos resultados apresentados pelas operadoras. Considerando as principais motivações para

gerenciamento de resultados constantes na literatura, o lucro é uma medida essencial para explicar o comportamento das contas que podem ser objetos de discricionariedade.

Estas variáveis foram obtidas da seguinte forma:

Var_LL: o valor da Variação do Lucro Líquido (Var_LL) é obtido por meio do cálculo da variação entre os períodos dos valores obtidos pela formula:

$$LL = \left(\frac{\text{Receitas (3)} - \text{Despesas (4)}}{-\text{Impostos e Participações sobre o Lucro (61)}} \right) - \text{ORNR_OPS}$$

LL: o Lucro Líquido (Var_LL) é obtido obtidos pela formula:

$$LL = \left(\frac{\text{Receitas (3)} - \text{Despesas (4)}}{-\text{Impostos e Participações sobre o Lucro (61)}} \right) - \text{ORNR_OPS}$$

3.8 Modelos

Os modelos econométricos são amplamente utilizados nos estudos de gerenciamento de resultados que se utilizam de análises de regressão com dados em painel, levando em consideração as variáveis previamente selecionadas, propõem-se dois modelos de regressão com dados em painel.

Considerando que o comportamento esperado para os coeficientes dos modelos econométricos tem por objetivo evidenciar possível gerenciamento de resultados, torna-se fundamental testar as hipóteses estabelecidas.

Perseguindo este objetivo, pretende-se avaliar o comportamento das variáveis dependentes Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS) (Modelo 1) e Variação da PEONA (Var_PESL_PEONA) (Modelo 2), buscando compreender a relação entre essas contas e o resultado reportado pelas operadoras na modalidade de cooperativas médicas.

O Modelo 1 busca identificar as variáveis que são significativas para explicar o comportamento da conta “Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS) ”.

Modelo 1

$$\text{ORNR_OPS}_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Var_CE}_{it} + \beta_2 \text{Var_EIL}_{it} + \beta_3 \text{Var_DebPasORNR_OPS}_{it} + \beta_4 \text{Var_LL}_{it} + \beta_5 \text{LL}_{it} + \beta_6 \text{PL}_{it} + \beta_7 \text{LN_Ativo}_{it} + \varepsilon_{it}$$

Onde: ORNR OPS: Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora; Var_CE: Variação das Contraprestações Efetivas; Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; Var_DebPasORNR OPS: Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora; Var_LL: Variação do Lucro Líquido; LL: Lucro Líquido; PL: Patrimônio Líquido; LN_Ativo: logaritmo natural do Ativo.

Fonte: Dados da pesquisa

O Modelo 1 demonstra a relação das variáveis Variação das Contraprestações Efetivas (Var_CE), cujo coeficiente espera-se que seja negativo, enquanto Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos (Var_EIL), espera-se que seja positivo. Esse resultado supõe que quando a operadora apresenta redução de receita operacional com seus planos (Var_CE) ou aumento de custos médicos hospitalares com seus beneficiários (Var_EIL), o resultado com outras receitas e outras despesas, aumentaria, indicando uma possível reclassificação para estas rubricas.

Quanto ao coeficiente da variável Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora (Var_DebPasORNR OPS), espera-se que seja negativo, já que o aumento deste passivo implicaria numa redução de Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS), por meio dos registros de outras despesas não relacionadas com planos de saúde da operadora.

Para as variáveis Variação do Lucro Líquido (Var_LL), Lucro Líquido (LL) e Patrimônio (PL) espera-se coeficientes negativos. Esse comportamento indicaria que se o lucro fosse menor as operadoras poderiam utilizar as contas Outros Resultados Operacionais para aumentá-lo, seja por meio de reclassificação de custos ou de receitas operacionais. Além disso, por consequência aumentaria o Patrimônio Líquido, como principal motivação a necessidade da constituição de margem de solvência.

Finalmente, buscando verificar se o porte influencia no gerenciamento de resultado, seguindo Cardoso (2005), ao afirmar que o nível de incentivo à adoção de práticas de gerenciamento de resultados difere em função do porte, espera-se que o sinal do coeficiente da variável logaritmo natural do ativo (LN_Ativo) seja positivo, indicando que as operadoras de grande porte por serem fiscalizadas com maior intensidade, teria maior incentivo ao gerenciamento de resultados.

O Modelo 2 busca identificar as variáveis que são significativas para explicar o comportamento da conta “Variação da PEONA (Var_PESL_PEONA)”.

Modelo 2

$$\begin{aligned} Var_PESL_PEONA_{it} \\ = \beta_0 + \beta_1 PL_{it} + \beta_2 Var_EIL_{it} + \beta_3 ROPS_{it} + \beta_4 Var_NBenef_{it} \\ + \beta_5 Var_PESL_SUS_Outros_{it} + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

Onde: Var_PESL_PEONA: Variação da PEONA; PL: Patrimônio Líquido; Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; ROPS: Resultado das Operações com Planos de Saúde; Var_NBenef: Variação do número de beneficiários; Var_PESL_SUS_Outros: Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores.

Fonte: Dados da pesquisa

O objetivo deste modelo é testar a hipótese de gerenciamento dos resultados por meio das provisões técnicas. Optou-se pela Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) que é uma provisão a qual todas as operadoras estão expostas e são obrigadas à constituição.

É esperado que os coeficientes das variáveis Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos (Var_EIL) e Variação do número de beneficiários (Var_NBenef) sejam negativos, uma vez que, o aumento dos custos médico-hospitalares e aumento do número de beneficiários deveriam indicar aumento da PEONA, no caso de não gerenciamento. O coeficiente negativo, traz indícios de que as provisões não estariam sendo calculadas adequadamente.

Para a variável Resultado das Operações com Planos de Saúde (ROPS), é esperado coeficiente seja positivo, porque maiores resultados operacionais indicariam redução dos custos assistenciais, fazendo com que a PEONA, reduzisse. O mesmo coeficiente é esperado para a variável Patrimônio Líquido (PL), quando o valor do PL, considerado parâmetro de solvência, é menor reduziria a PEONA para suavizar o resultado.

Quanto à variável Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores (Var_PESL_SUS_Outros), espera-se coeficiente positivo. Esclarece-se que o objetivo da constituição da PEONA é cobrir os eventos médico-hospitalares ocorridos, mas não comunicados à operadora pela rede que prestou o serviço. Quando ocorre o aviso, seu registro se dá por meio do reconhecimento dos Eventos a Liquidar, se a operadora consegue melhorar a comunicação dos eventos com a rede credenciada, ocorre aumento da Provisão de Eventos a Liquidar, o que impactaria numa redução a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA).

É importante destacar que a utilização desses modelos, procuram evidenciar se as operadoras, que atuam na modalidade de cooperativa médica, utilizam práticas de gerenciamento de resultados, e se as variáveis escolhidas capturam o comportamento discricionário.

4. Análise dos Resultados

Este capítulo é destinado à análise dos dados, com apresentação das evidências empíricas, especialmente os resultados provenientes dos modelos econométricos estimados por meio de regressão linear com dados em painel, através do *software Gretl*.

Inicialmente são apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis estabelecidas para o presente estudo, em seguida, testes que auxiliarão na escolha da melhor abordagem e por fim, análise dos resultados estatísticos dos dados em painel, para verificar a existência do gerenciamento de resultados por meio das variáveis selecionadas.

4.1 Estatística Descritiva

Para o período analisado, do ano de 2013 ao ano de 2016, são 4 períodos. A amostra final contém 300 operadoras, totalizando desta forma 1.200 observações. A Tabela 13 apresenta a estatística descritiva para as variáveis apresentadas.

Tabela 13 - Estatística Descritiva das Variáveis

Variável	N	Média	Mediana	Mín	Máx	D.P.	C.V
ORNR OPS	1.200	4068000	1115800	-57037000	122080000	12664000	3,113
Var_PESL_PEONA	1.200	1114300	310930	-84059000	135930000	7854700	7,0488
Var_CE	1.200	18448000	4894900	-141930000	1201500000	65649000	3,5586
Var_EIL	1.200	16098000	3935600	-258990000	1063500000	66494000	4,1307
Var_NBenef	1.200	800	163	-285380	266360	16982	21,218
Var_PESL_SUS_Outros	1.200	1593900	249740	-202290000	554770000	18755000	11,767
ROPS	1.200	23287000	8929800	-11828000	1024800000	63166000	2,7125
PL	1.200	21233000	9581000	-1089600000	1277400000	88756000	4,1801
Var_DebPasORNR OPS	1.200	571540	52994	-16563000	56482000	3131200	5,4786
Var_LL	1.200	354390	156020	-532220000	598700000	27634000	77,975
LL	1.200	-453270	105170	-595720000	187090000	27588000	60,863
LN_Ativo	1.196	17	17	13	22	1	0,0699

Nota. N: Número de Observações; D.P: Desvio Padrão; C.V: Coeficiente de Variação.

Onde: ORNR OPS: Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora; Var_PESL_PEONA: Variação da PEONA; Var_CE: Variação das Contraprestações Efetivas; Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; Var_NBenef: Variação do número de beneficiários; Var_PESL_SUS_Outros: Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores; ROPS: Resultado das Operações com Planos de Saúde; PL: Patrimônio Líquido; Var_DebPasORNR OPS: Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora; Var_LL: Variação do Lucro Líquido; LL: Lucro Líquido e LN_Ativo: logaritmo natural do Ativo.

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à análise descritiva das variáveis, observa-se que a variável dependente ORNR OPS e Var_PESL_PEONA possuem uma baixa variabilidade em relação à média, expressas pelos coeficientes de variação de 3,1130 e 7,0488, respectivamente. As variáveis LN_Ativo e ROPS apresentaram os menores coeficientes de variação, 0,0699 e 2,7125, isso demonstra que a média é uma medida descritiva representativa para estas variáveis.

A variável PL apresentou maiores valores mínimo e máximo, além de um elevado desvio padrão. Os valores de coeficientes de variação das variáveis Var_Benef, Var_LL e Var_PESL_SUS_Outros, demonstrando uma alta variabilidade em relação à média, caracterizam uma amostra heterogênea, o que não pode ser diferente, já que a amostra é composta por operadoras de diversos portes, em número de beneficiários e resultados econômicos.

4.2 Regressão

Os modelos descritos na seção 3.8 foram estimados por meio de regressão linear com dados em painel, através do *software Gretl*. Procedeu-se em seguida com os testes de Breusch-Pagan, Hausman e Chow, visando auxiliar a escolha da abordagem mais indicada para cada um dos modelos propostos.

4.2.1 Primeiro Modelo: gerenciamento de resultados por meio do resultado de Outras Operações Não Relacionadas com Planos de Saúde da OPS

Para estimação do modelo que captura a influência das variáveis explicativas na variável dependente Outros Resultados não Operacionais (ORNR OPS), seguindo Martinez (2001) foi estimado a regressão com dados em painel para a seguinte equação:

$$\text{ORNR_OPS}_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Var_CE}_{it} + \beta_2 \text{Var_EIL}_{it} + \beta_3 \text{Var_DebPasORNR_OPS}_{it} + \beta_4 \text{Var_LL}_{it} + \beta_5 \text{LL}_{it} + \beta_6 \text{PL}_{it} + \beta_7 \text{LN_Ativo}_{it} + \varepsilon_{it}$$

Onde: ORNR OPS: Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora;

(1) Var_CE: Variação das Contraprestações Efetivas;

(2) Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos;

(3) Var_DebPasORNR OPS: Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora;

(4) Var_LL: Variação do Lucro Líquido;

(5) LL: Lucro Líquido;

(6) PL: Patrimônio Líquido;

(7) LN_Ativo: logaritmo natural do Ativo.

Pretende-se inicialmente escolher a melhor abordagem, conforme Tabela 14, que compara os coeficientes em cada umas das abordagens.

Tabela 14 - Resultados das estimações realizadas para o Modelo 1 em dados em painel

Resultados das estimações realizadas para o Modelo 1 em dados em painel						
ORNR OPS	POLS		Efeito Aleatório		Efeito Fixo	
	Coeficiente	P-Valor	Coeficiente	P-Valor	Coeficiente	P-Valor
const	-29954800	0,0417 **	-44531100	0,0000 ***	-50950800	0,0971 *
Var_CE	-0,2747	0,0003 ***	-0,2145	0,0000 ***	-0,21	0,0012 ***
Var_EIL	0,2750	0,0010 ***	0,207785	0,0005 ***	0,17	0,0302 **
Var_DebPasORNR OPS	0,3166	0,0638 *	0,155635	0,0756 *	-0,05	0,8646
Var_LL	0,4664	0,0000 ***	0,331837	0,0000 ***	0,24	0,0000 ***
LL	-0,4418	0,0013 ***	-0,301465	0,0000 ***	-0,23	0,0000 ***
PL	0,1189	0,0000 ***	0,0886111	0,0000 ***	0,05	0,2153
LN_Ativo	1814930	0,0409 **	2699220	0,0000 ***	3155200	0,0808 *
R²	0,5168					
Teste de Breusch Pagan	0,0000					
Teste Chow	0,0000					
Teste de Hausman	0,0000					

Nota. Modelo de Regressão com dados em painel considerando erro padrão robusto para correção do problema de heterocedasticidade dos resíduos e autocorrelação. Inferência: *** Significante a 1%, ** Significante a 5%, * Significante a 10%. Onde: ORNR OPS: Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora; Var_CE: Variação das Contraprestações Efetivas; Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; Var_DebPasORNR OPS: Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora; Var_LL: Variação do Lucro Líquido; LL: Lucro Líquido; PL: Patrimônio Líquido; LN_Ativo: logaritmo natural do Ativo.

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme pode-se verificar na Tabela 14, a aplicação do teste de Hausman que auxilia na identificação entre os modelos Efeitos Fixos e Efeitos Aleatórios, apresentou resultado p-valor = 0,0000, o que indica por meio da rejeição da hipótese nula que o melhor modelo é o de efeitos fixos. O Teste de Breusch Pagan, para verificar a utilização do modelo de Efeitos Aleatórios *versus* o modelo *Pooled*, o resultado apresentado (p-valor = 0,0000) apontou como mais indicado o Modelo de Efeitos Aleatórios em detrimento do Modelo *Pooled*.

O resultado do teste de Chow, que auxilia na decisão entre os modelos efeito fixo e o modelo para dados agrupados (*pooled*), apresentou um p-valor = 0,0000, sabe-se que um p-valor baixo contraria a hipótese nula de o modelo MQO (*pooled*) seja adequado, o que valida a hipótese alternativa da existência de efeitos individuais. Rejeita-se, portanto, a hipótese de que o modelo *Pooled* seja o mais adequado, optando-se pelo modelo de efeitos fixos.

Isto posto, realizou-se a estimação modelo de Efeitos Fixos com erro-padrão robusto, conforme apresenta a Tabela 15.

Tabela 15 - Estimação com Erro-Padrão Robusto por Efeitos Fixos para a Variável Outros Resultados não Operacionais (ORNR_OPS).

ORNR_OPS	Coef.	Erro Padrão	Razão-t	P-valor	
const	-50950800,0000	30615500,0000	-1,6640	0,0971	*
Var_CE	-0,2130	0,0651	-3,2730	0,0012	***
Var_EIL	0,1736	0,0797	2,1790	0,0302	**
Var_DebPasORNR_OPS	-0,0452	0,2647	-0,1707	0,8646	
Var_LL	0,2444	0,0564	4,3360	0,0000	***
LL	-0,2343	0,0504	-4,6510	0,0000	***
PL	0,0504	0,0406	1,2420	0,2153	
LN_Ativo	3155200,0000	1801050,0000	1,7520	0,0808	*
Total Observações: 1196					
F (7, 298) = 4,71657					
Probabilidade (p-valor) da Estatística (F) = 0,0000					
R-quadrado = 0,516757					
R-quadrado ajustado = 0,513910					

Nota. Modelo de Regressão com dados em painel considerando erro padrão robusto para correção do problema de heterocedasticidade dos resíduos e autocorrelação. Inferência: *** Significante a 1%, ** Significante a 5%, * Significante a 10%. Onde: ORNR_OPS: Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora; Var_CE: Variação das Contraprestações Efetivas; Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; Var_DebPasORNR_OPS: Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora; Var_LL: Variação do Lucro Líquido; LL: Lucro Líquido; PL: Patrimônio Líquido; LN_Ativo: logaritmo natural do Ativo.

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao Primeiro Modelo é possível verificar que todas as variáveis foram estatisticamente significativas, com exceção das variáveis Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora (Var_DebPasORNR_OPS) e Patrimônio Líquido.

Com o resultado da estatística F do modelo com p-valor = 0,0000 é possível verificar que as variáveis independentes são significativas para explicar a variável dependente Outros Resultados não Operacionais (ORNR_OPS).

O coeficiente com sinal negativo na variável Variação das Contraprestações Efetivas (Var_CE) tem uma relação inversa com a variável dependente, conforme esperado, o que sugere que os resultados de Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR_OPS) são influenciados pela variação nas Receitas com Planos de Saúde da Operadora (Contraprestações Efetivas). Neste caso, sugere-se que caso a operadora apresente redução das receitas com mensalidades (contraprestação efetiva) ela poderá utilizar o resultado de outras receitas para melhorar seus resultados.

Por outro lado, como a variável Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos (Var_EIL) apresentou resultados estatisticamente significativos e positivo, leva a crer que os gestores

poderiam utilizar também a conta Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS), para registrar Eventos, ao invés de utilizar a conta da despesa que registra a variação nos Eventos Indenizáveis Líquidos. É importante observar, que esta prática pode ser relacionada com a escolha contábil que a regulação permite quando a operadora possui recursos próprios (hospitais, laboratórios, etc.) operando como filial da operadora.

Observa-se ainda que o Lucro Líquido (LL), excluindo os efeitos de Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS) com sinal do coeficiente negativo, possibilita inferir que as operadoras poderiam estar utilizando estas rubricas para melhorar o resultado apresentado no período, confirmando assim a hipótese desta pesquisa. Ressalta-se que este resultado é de suma importância, visto que corrobora a necessidade que as operadoras têm de apresentar resultados positivos, em função de eficiência ou de necessidade de resultados frente à margem de solvência.

A variável Variação dos Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora (Var_DebPasORNR OPS) não foi estatisticamente significativa, com sinal positivo conforme esperado, o que permite concluir que uma variação positiva em Débitos Com Operações de Assistência À Saúde Não Relacionadas Com Planos de Saúde da Operadora, está associada ao aumento da variável Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS).

Com relação ao patrimônio líquido (PL) que não apresentou resultados significativos, ao contrário do que se esperava, não é possível considerar que tenha efeito sobre a variável dependente do modelo estimado.

A variável logaritmo natural do ativo (LN_Ativo), conforme previsto e validado por Cardoso (2005), apresentou resultados estatisticamente significativos ao nível de 10% e com coeficiente positivo. Conclui-se que o tamanho da operadora é relevante para explicar a variável Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora (ORNR OPS), quanto maior a operadora, maior outros resultados não relacionados com Planos da Operadora.

4.2.2 Segundo Modelo: gerenciamento de resultados por meio das Provisões Técnicas

Este modelo tal qual Mensah et al (1994) e Rodrigues (2008), que trabalharam com a regressão com base no saldo de uma única conta, tem por objetivo, verificar se as operadoras

utilizam as Provisões Técnicas, para gerenciamento de resultados, demonstrando o comportamento da variável dependente Variação da PEONA (Var_PESL_PEONA).

As variáveis explicativas estão relacionadas ao registro dos custos assistenciais (despesas médicas) e exercem influência significativa no cálculo da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados. Este modelo pode ser representado pela seguinte equação:

$$\begin{aligned} Var_PESL_PEONA_{it} \\ = \beta_0 + \beta_1 PL_{it} + \beta_2 Var_EIL_{it} + \beta_3 ROPS_{it} + \beta_4 Var_NBenef_{it} \\ + \beta_5 Var_PESL_SUS_Outros_{it} + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

Onde: Var_PESL_PEONA: Variação da PEONA;

(1) PL: Patrimônio Líquido;

(2) Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos;

(3) ROPS: Resultado das Operações com Planos de Saúde;

(4) Var_NBenef: Variação do número de beneficiários;

(5) Var_PESL_SUS_Outros: Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores.

A escolha da melhor abordagem, seguindo os passos do modelo anterior, estão dispostos na Tabela 16.

Tabela 16 - Resultados das estimações realizadas para o Modelo 1 em dados em painel

Resultados das estimações realizadas para o Modelo 2 em dados em painel						
Var_PESL_PEONA	POLS		Efeito Aleatório		Efeito Fixo	
	Coefficiente	P-Valor	Coefficiente	P-Valor	Coefficiente	P-Valor
const	255536	0,0000 ***	255536	0,0000 ***	573018	0,5504
PL	-0,0280	0,0000 ***	-0,0280	0,0000 ***	0,0480	0,2150
Var_EIL	0,1096	0,0000 ***	0,1096	0,0000 ***	0,1022	0,0000 ***
ROPS	-0,0145	0,0000 ***	-0,0145	0,0000 ***	-0,0832	0,0021 ***
Var_NBenef	88,9115	0,0007 ***	88,9115	0,0006 ***	95,6418	0,0007 ***
Var_PESL_SUS_Outros	-0,0273	0,0305 **	-0,0273	0,0297 **	-0,1647	0,0064 ***
R²	0,8208					
Teste de Breusch Pagan	0,0000					
Teste Chow	0,4538					
Teste de Hausman	0,0280					

Nota. Modelo de Regressão com dados em painel considerando erro padrão robusto para correção do problema de heterocedasticidade dos resíduos e autocorrelação. Inferência: *** Significante a 1%, ** Significante a 5%, * Significante a 10%. Onde: Var_PESL_PEONA: Variação da PEONA; PL: Patrimônio Líquido; Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; ROPS: Resultado das Operações com Planos de Saúde; Var_NBenef: Variação do número de beneficiários; Var_PESL_SUS_Outros: Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores.

Fonte: Dados da pesquisa

Diante da necessidade de avaliar para este modelo a abordagem mais adequada, realizou-se o teste de Hausman, que tem por objetivo auxiliar na escolha entre o modelo de efeitos fixos ou aleatórios, sendo que o p-valor = 0,0280 rejeitou a hipótese nula, apontando que o efeito fixo seja a melhor alternativa.

Aplicou-se em então o Teste de Breusch Pagan, que rejeitou a hipótese nula de que o modelo *Pooled* seja preferível ao modelo de efeitos aleatórios, com o resultado de p-valor = 0,0000.

Por fim, foi realizado o teste de Chow, para identificar qual o modelo mais adequado entre o modelo de efeitos fixos e o modelo *pooled*, com o resultado do p-valor = 0,4538, aceita-se a hipótese nula de que o modelo *pooled* seja preferível ao modelo de efeitos fixos.

A Tabela 17 apresenta os valores do Segundo Modelo, para verificar se existe gerenciamento de resultado por meio da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados, o qual é amplamente divulgado na literatura dos mercados de seguros (Rodrigues, 2008).

Tabela 17 - Estimação com Erro-Padrão Robusto por Mínimo Quadrado Ordinário - Pooled para a Variável Var_PESL_PEONA

Var_PESL_PEONA	Coef.	Erro Padrão	Razão-t	P-valor
const	255536,0000	51100,0000	5,0010	0,0000 ***
PL	-0,0280	0,0020	-14,0100	0,0000 ***
Var_EIL	0,1096	0,0033	33,7000	0,0000 ***
ROPS	-0,0145	0,0029	-5,0830	0,0000 ***
Var_Nbenef	88,9115	25,9413	3,4270	0,0007 ***
Var_PESL_SUS_Outros	-0,0273	0,0125	-2,1740	0,0305 **
Total Observações: 1200				
F(5, 299) = 2593,316				
Probabilidade (p-valor) da Estatística (F) = 0,0000				
R-quadrado = 0,820794				
R-quadrado ajustado = 0,820044				

Nota. Modelo de Regressão com dados em painel considerando erro padrão robusto para correção do problema de heterocedasticidade dos resíduos e autocorrelação. Inferência: *** Significante a 1%, ** Significante a 5%, * Significante a 10%. Onde: Var_PESL_PEONA: Variação da PEONA; PL: Patrimônio Líquido; Var_EIL: Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos; ROPS: Resultado das Operações com Planos de Saúde; Var_NBenef: Variação do número de beneficiários; Var_PESL_SUS_Outros: Variação da Provisão para Eventos a Liquidar com o SUS e Outros Prestadores.

Fonte: Dados da pesquisa

O modelo demonstrou-se significativo (teste F com p-valor = 0,0000), com todas as variáveis significativas.

O comportamento do coeficiente da variável Variação dos Eventos Indenizáveis Líquidos (Var_EIL), com sinal positivo, sugere que com o aumento da variação dos eventos indenizáveis líquidos, existe uma tendência ao aumento da variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (Var_PESL_PEONA). Como o valor da provisão é determinado pela multiplicação de um fator sobre a média dos últimos doze meses dos eventos indenizáveis, é esperado que o aumento dos eventos indenizáveis provoque aumento também nas provisões da PEONA, registradas no Passivo.

O mesmo comportamento é esperado para a variável Variação do Número de Beneficiários (Var_NBenef), a variação positiva no número de beneficiários está associada a maior variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (Var_PESL_PEONA), que também apresentou coeficiente positivo e significativo a 1%. Quanto maior a variação da Provisão de Outros Prestadores menor a variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (Var_PESL_PEONA).

A variável Patrimônio Líquido (PL), com coeficiente com sinal negativo, possibilita concluir que o aumento do Patrimônio Líquido está associado a uma menor a variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (Var_PESL_PEONA). Ao contrário do que se esperava, esta variável não teve o mesmo comportamento que os encontrados por Petroni (1992), Rodrigues (2008) e Mattos e Macedo (2014), com relação positiva entre os parâmetros que solvência, aqui representado pelo Patrimônio Líquido (PL), e as provisões técnicas.

Observa-se que a variável Resultado das Operações com Planos de Saúde (ROPS), que também apresentou coeficiente com sinal negativo, implica dizer que um maior Resultado Operacional, está associado a menor da variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (Var_PESL_PEONA).

Conclui-se desta forma, que não é possível aceitar a hipótese nula de gerenciamento de resultados por meio da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados. Supõe-se que isso se deve ao fato de que em 9 de dezembro de 2015, com a edição da Resolução Normativa nº 393, que vigorou a partir de 01 de janeiro de 2016, definiu entre outros que a PEONA, a ser constituída mensalmente, deverá ser estimada atuarialmente. Além disso, definiu também a responsabilização, inclusive com indisponibilidade dos bens, do atuário por meio do Termo de Responsabilidade Atuarial de Provisões Técnicas – TRA, de forma trimestral em conjunto com envio das informações econômico-financeiras pelo DIOPS (ANS, 2015b).

Esta alteração normativa pode ter causado uma barreira regulatória que inibiu no âmbito da saúde suplementar a prática de gerenciamento de resultado por meio das Provisões Técnicas, sendo esse objeto de investigação mais profunda acerca das causas.

5. Considerações Finais

O principal objetivo deste trabalho foi desenvolver um modelo que identifica possível gerenciamento de resultados pelas operadoras na modalidade de cooperativas médicas no período de 2013 a 2016.

O modelo que identifica gerenciamento de resultados por meio das contas Outros Resultados Não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora, apresentou evidências empíricas que corroboram o estudo de Martinez (2001). Os resultados demonstraram que as operadoras gerenciam resultados por meio desta conta específica, sendo objeto de discricionariedade por parte dos gestores, atendendo a hipótese formulada neste trabalho.

Consoante com este trabalho, as conclusões de Cardoso (2005) relatam que as práticas de gerenciamento adotadas pelas operadoras são simples, além disso, Healy e Wahlen (1999) evidenciaram que a regulação governamental de setores específicos cria motivações para o gerenciamento da informação contábil.

Esta situação ficou demonstrada empiricamente por meio das variáveis selecionadas, onde verificou-se que atuação da agência reguladora, influencia o comportamento dos gestores sobre as demonstrações financeiras reportadas, e que a normatização contábil realizada pela ANS, acaba por facultar práticas nem sempre benéficas ao mercado.

Utilizou-se ainda o modelo de regressão, seguindo Mensah et al (1994) e Rodrigues (2008), que identifica o gerenciamento de resultados por meio da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA). Quanto aos resultados ao contrário do que se esperava, não foram encontradas evidências suficientes para se verificar se existe gerenciamento de resultados por meio das provisões técnicas para eventos ocorridos e não avisados. O resultado deste modelo contraria evidências encontradas em estudos nacionais anteriores de Rodrigues (2008) e Mattos e Macedo (2014) e internacionais de Petroni (1992), Mensah et al (1994), Beaver et al (2003) e Gaver e Paterson (2004).

Este resultado, demonstra principalmente que a ANS deu um importante passo regulatório no que diz respeito às provisões técnicas, uma vez que as alterações promovidas nas normas que tratam do cálculo da PEONA, mostraram-se efetivas para reduzir a discricionariedade sobre uma das principais provisões técnicas.

Ressalta-se o papel da ANS para regulação do mercado da saúde suplementar, e que a intervenção necessária garante o atendimento ao interesse público e a manutenção das operadoras.

A grande contribuição deste trabalho para a literatura foram as variáveis testadas, com dados de um mercado regulado específico, e uma abordagem estatística diferente das que são frequentemente empregadas em estudos semelhantes, que trazem em geral a distribuição de frequências ou modelos estatísticos de acumulações discricionárias. Outro aspecto importante do trabalho, referem-se aos resultados que poderão subsidiar normativos, ou alterações regulatórias que reduzam a discricionariedade e a assimetria de informações contábeis, tal qual identificadas neste trabalho em relação às provisões técnicas.

O cenário de pesquisas neste campo de estudo é amplo, como sugestão de pesquisas futuras, espera-se estudos que verifiquem os impactos dos normativos mais recentes, como a RN N° 430, de 07 de dezembro de 2017, que altera significativamente o registro dos custos assistenciais dos atendimentos realizados à beneficiários de outra operadora, denominado no normativo por “compartilhamento da gestão de riscos”.

Outro campo amplo para pesquisas, no mercado de saúde suplementar, refere-se à investigação de gerenciamento de resultados por decisões operacionais, especialmente, após a abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro, em 2015. Além deste, a forte política de verticalização de recursos próprios assistenciais por parte das operadoras, como medida de gestão e controle dos custos assistenciais.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2003). Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_4.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2013) - Lei nº 9.656/98 completa 15 anos. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/2107-lei-no-965698-completa-15-anos>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015a) – Resolução Normativa nº 392. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzE1Mg==>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015b) – Resolução Normativa nº 393. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mw==#art6art6art6art5art4art3>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016a) – Resolução Normativa nº 418. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzM1Mg==>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016b). Referências Econômico-Financeiras - Orientações sobre garantias financeiras e ativos garantidores. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/garantias_financeiras/garantias_financeirasreferencias_economico_financeiras_ans_2016.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016c) – Resolução Operacional – RO nº 1.986. Recuperado em: 16 setembro, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE4OA==>

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016d) – Cartilha de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - (Resolução Normativa – RN nº 400/2016) Recuperado em: 16 setembro, 2017, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Cartilha_a_acompanhamento_ecn_financeiro.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017) - Ativos Garantidores e Regulação Prudencial da ANS - Cesar Brenha Rocha Serra DIRAD/DIOPE. Recuperado em: 16 setembro, 2017, de http://www.ans.gov.br/images/Apresentacao_IN_54_Inicial.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018). Dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Recuperado em: 18 junho, 2018, de

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/caderno_informacoes_jun2017.xls

Araújo, C. M. (2004) *Estudo para Elaboração do Manual de Procedimentos do Diretor Fiscal de Operadoras de Plano de Saúde para Regimes Especiais*. Dissertação de Mestrado Profissional, ENSP Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5476>

Baldassare, R. M. (2014). *Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: 10 agosto, 2017, de <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11790>

Bragança, C. G. (2017). *Liquidação de operadoras de planos de assistência à saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Recuperado em 10 abril, 2017 de <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-AS9GNM>

Beaver, W. H.; McNichols, M. F.; Nelson, K. K. (2003). Management of the loss reserve accrual and the distribution of earnings in the property-casualty insurance industry. *Journal of Accounting and Economics*. v. 35, p. 347-376, 2003. doi:10.1016/S0165-4101(03)00037-5

Campos, H. A. (2008). Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. *Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial.*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 341-370. Recuperado em: 22 janeiro, 2018, de <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/prisma/article/view/702/572>

CPC (2018). Comitê de Pronunciamentos Contábeis. Pronunciamento Técnico CPC 47 - Receita de Contrato com Cliente. Recuperado em: 29 abril, 2018, de http://static.cpc.aatb.com.br/Documentos/527_CPC_47.pdf

Cardoso, R. L. (2005). *Regulação Econômica e Escolhas de Práticas Contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-18122008-121952/pt-br.php>

Cardoso, R. L.; Saravia, E.; Tenório, F. G. & Silva, M. A. (2009). Regulação da contabilidade: teorias e análise da convergência dos padrões contábeis brasileiros aos IFRS. *Revista de Administração Pública RAP* 43(4):773-99.

Correia, R., & Costa, F. (2016). A sistematização das normas contábeis no ordenamento jurídico brasileiro. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 10(27), 46 - 57. Recuperado em: 9, outubro, 2017, de <http://dx.doi.org/10.11606/rco.v10i27.110553>

Fávero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. L., & Chan, B. L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Ferreira, D. Q. G. (2013). *Os determinantes da integração vertical na saúde suplementar segundo a teoria dos custos de transação*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia, Rio de Janeiro, 2013. Recuperado em: 31 maio, 2017, de

<http://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/13814> Gil, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Gaver, J. J.; Paterson, J. S. (2004). Do insurers manipulate loss reserves to mask solvency problems? *Journal of Accounting and Economics*, Amsterdam, v. 37, p. 393-416, Sept.

Grecco, M. C. P. (2013). *O Efeito da convergência brasileira às IFRS no gerenciamento de resultados das empresas abertas brasileiras não financeiras*. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/818>

Gujarati, D. N. *Econometria Básica*. Tradução de Maria José Cyhlar Monteiro, Rio de Janeiro: Elsevier, 4º ed., 2006 – 5ª tiragem.

Gujarati, D. N.; Porter, D. (2011) *Econometria Básica*. 5th. ed. [S.l.]: McGraw Hill Brasil.

Healy, P.M. and Wahlen, J.M. (1999) A Review of the Earnings Management Literature and Its Implications for Standard Setting. *Accounting Horizons*, 13, 365-383. <http://dx.doi.org/10.2308/acch.1999.13.4.365>

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS (2017). Entenda o Setor. Recuperado em: 9, outubro, 2017, de <https://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Entenda>

Jácome, M. A. R. Martins, O. S. & Paiva, S. B. (2017). A Regulação Econômico-Financeira como Indutora de Boas Práticas de Governança Corporativa no Setor de Saúde Suplementar. *Anais do XVII International Conference in Accounting, São Paulo, SP, Brasil, 17*. Recuperado em: 5 fevereiro, 2018, de <http://www.congressousp.fipecafi.org/anais/AnaisCongresso2017/ArtigosDownload/409.pdf>

Kudlawicz, C. (2013). *Um Estudo Sobre o Impacto no Nível de Rentabilidade das Organizações Operadoras de Planos de Saúde em Função de Seu Perfil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.ppgcontabilidade.ufpr.br/wp-content/uploads/2015/05/D079.pdf>

Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001 (2001). Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Recuperado em: 30 setembro, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm

Lima, S. H. de O.; Oliveira, F. D. & Coelho, A. C. D. (2014) *Regulação e Regulamentação na Perspectiva da Contabilidade*. *Anais do Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, São Paulo, SP, Brasil, 14*.

Lima, C. R. M. de (2005). *Informação e Regulação da Assistência Suplementar à Saúde*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 20 julho, 2017, de

http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Tese_Informacao_e_Regulacao_de_Assistencia_Suplementar_a_Saude.pdf

Lopes, A. B. & Martins, E. (2005) *Teoria da contabilidade: uma nova abordagem*. São Paulo: Atlas.

Magalhães, R., Santos, L., Negreiros, M., Soares, L., & Alves, A. (2015). A Utilidade da Informação Contábil no Processo de Fiscalização e Controle das Operadoras de Plano de Saúde Pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Revista Ambiente Contábil - Universidade Federal do Rio Grande do Norte* - ISSN 2176-9036, 7(2), 53-75. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/4990>

Marcelli, R. (2013). *Gerenciamento de resultados em companhias brasileiras do setor da construção civil*. Dissertação de Mestrado em Controladoria e Contabilidade - FECAP - Faculdade Escola de Comércio Álvares Penteado, São Paulo. Recuperado em: 2 abril, 2018, de http://tede.fecap.br:8080/jspui/bitstream/tede/527/1/Rodrigo_Marcelli.pdf

Martinez, A. L. (2001). “Gerenciamento” dos resultados contábeis: estudo empírico das companhias abertas brasileiras. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: 20 julho, 2017, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-14052002-110538/pt-br.php>

Martinez, A. L. (2013). Gerenciamento de resultados no Brasil: um survey da literatura. *BBR - Brazilian Business Review*, 10 (4), 1-31. Recuperado em: 10 agosto, 2017, de <http://www.redalyc.org/html/1230/123029355001/>

Martinez, A.L. & Cardoso, R. L. (2013). Gerenciamento da Informação Contábil no Brasil Mediante Decisões Operacionais. *Revista Eletrônica de Administração*, 15(3), 600-626. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/39021/25102>

Martins, E. Contabilidade de Custos. 10 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Mattos, B. M. & Macedo, M. A. S. (2014). Análise da influência da regulação econômica e tributária no gerenciamento das provisões técnicas constituídas por operadoras de planos de saúde. *Anais do XIV Congresso USP de Controladoria e Contabilidade*. Recuperado em: 10 agosto, 2017, de <http://www.congressousp.fipecafi.org/anais/artigos142014/196.pdf>

Matsumoto, A. S., & Parreira, E. M. (2007). Uma pesquisa sobre o Gerenciamento de Resultados Contábeis: causas e consequências. *UnB Contábil – UnB*, Brasília, vol. 10, n 141. Recuperado em: 10 agosto, 2017, de https://www.cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/download/151/pdf_105

Melo, P. H. F. de (2015). *Gerenciamento de Resultados Contábeis e o Desempenho das Ofertas Públicas Iniciais de Ações de Empresas Brasileira*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal e Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Recuperado em: 18 fevereiro, 2018, de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-A3JDWG>

Mensah, Yaw M.; Considine, Judith M.; Oakes, Leslie. (1994). Statutory insolvency regulations and earnings management in the prepaid health-care industry. *Accounting Review*, v.69, n.1, janeiro, p.70-95.

Moraes, E. A. de (2006). *Ambiente Regulatório E Evidenciação Social: Uma Análise das Empresas Brasileiras Listadas na Bm&Fbovespa*. Dissertação de Mestrado, UnB/UFPB/UFRN, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17106/1/2014_ElieneAparecidaDeMoraes.pdf

Nogueira, C. A. L. (2004). *Análise da Estrutura Econômica da Saúde Suplementar: em busca de uma estrutura eficiente de mercado*. Dissertação de Mestrado, ENSP Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5278>

Nunes, A. (2014). A concentração no mercado de saúde suplementar no Brasil. *Pesquisa & Debate, SP*, volume 25, número 2(46) pp.51-68, jul-dez. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/download/19534/15734>

Paulo, E.; Martins, E., & Corrar, L. J. (2006). Detecção do Gerenciamento de Resultados pela Análise do Diferimento Tributário. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-fica-1235.pdf>

Paulo, E. (2007). *Manipulação das informações contábeis: uma análise teórica e empírica sobre os modelos operacionais de detecção de gerenciamento de resultados*. Tese de Doutorado, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.12.2007.tde-28012008-113439. Recuperado em 2017-11-22, de www.teses.usp.br

Pereira, M. J. R. C. (2009). *Gestão de Resultados d Accruals*. Tese de Mestrado, Faculdade de Economia do Porto, Porto, Portugal. Recuperado em: 1 maio, 2018, de <http://hdl.handle.net/10216/56169>

Petroni, K. (1992). Optimistic reporting in the property-casualty insurance industry. *Journal of Accounting and Economics*, 15, p.485-508.

Reinaldo, L. M. (2017). *Estimação Clássica e Bayesiana Para Dados em Painel*. Dissertação de Mestrado, UNB Universidade Federal de Brasília. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em: 15 abril, 2018, de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24516/1/2017_LucianaMouraReinaldo.pdf

Richardson, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3. Ed. 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

Rodrigues, A. (2008). *Gerenciamento da Informação Contábil e Regulação: Evidências no Mercado Brasileiro de Seguros*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-17032008-123836/pt-br.php>

Roque, F. (2004). *Estudo sobre a Regulamentação Contábil e a Evidenciação das Demonstrações Contábeis de Operadoras Privadas de Planos de Saúde – Modalidade Medicina de Grupo – no Estado de São Paulo, após a Lei Nº 9656/98*. Dissertação de Mestrado, FECAP Centro Universitário Álvares Penteado, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://tede.fecap.br:8080/jspui/handle/tede/658>

Salles, O. R. (2004). *Adaptação das Operadoras de Planos de Saúde de Pequeno Porte ao Plano de Contas Padrão da ANS*. Dissertação de Mestrado Profissional, ENSP Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4789>

Silva, M. A. (2007). *Análise Da Regulação Contábil: Um Ensaio À Luz Da Teoria Tridimensional do Direito, da Teoria Normativa da Contabilidade e do Gerenciamento da Informação Contábil, numa Perspectiva Interdisciplinar*. Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3949/dissertacaopdf1.pdf?sequence=1>

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, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.12.2006.tde-15122006-121519. Recuperado em 2018-05-01, de www.teses.usp.br

Souza, R. M. L. de (2014). *O Mercado De Saúde Suplementar No Brasil: Regulação e Resultados Econômicos Dos Planos Privados De Saúde*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: 14 abril, 2017, de http://www.iess.org.br/cms/rep/1lugareconomia_7q6gy1tn.pdf