



Sinistralidade em contratos de plano de saúde médico hospitalar

Jean Santos de Lima¹

Paulo Cesar Souza²

Resumo

Uma das maneiras de analisar a sustentabilidade econômica das operadoras de planos de saúde médico é por meio da análise do índice de sinistralidade. Este estudo objetiva analisar o índice de sinistralidade dos diversos tipos de planos de uma operadora de planos de saúde médico localizada no município de Tangará da Serra – MT. A pesquisa se caracteriza como estudo de caso e possui cunho exploratório, com abordagem quantitativa, utilizando fontes primárias de pesquisa relacionadas aos anos de 2015, 2016 e 2017. Os resultados demonstraram que a operadora pesquisada obteve nos anos em análise índice de sinistralidade de 71,28%, 70,66% e 72,46% respectivamente, com média dos três anos de 71,47%. No Brasil, as operadoras do mesmo porte apresentaram no ano de 2013 índices médio de sinistralidade de 85,1%. Desse modo, operadora, nos períodos em análise, apresentou índice abaixo da média nacional e dentro do índice considerado aceitável pela literatura (75%).

Palavras-chave: Saúde suplementar. Plano de Saúde. Sinistralidade em planos de saúde.

Abstract

One of the ways to analyze the economic sustainability of medical health plan operators is through the analysis of the accident rate. This study aims to analyze the accident rate of the various types of plans of a medical health plan operator located in the city of Tangará da Serra - MT. The research is characterized as a case study and has an exploratory nature, using a quantitative approach, using primary sources of research related to the years 2015, 2016 and 2017. The results showed that the surveyed operator obtained in the years under analysis the loss ratio of 71, 28%, 70.66% and 72.46% respectively, with a three-year average of 71.47%. In Brazil, the operators of the same size in the year of 2013 had an average loss ratio of 85.1%. Thus, operator, in the period under analysis, presented an index below the national average and within the index acceptable in the literature (75%).

Keywords: Supplementary health; Health Plan; Claims on health plans.

1 Acadêmico do curso de Ciências Contábeis da UNEMAT. Tangará da Serra - MT, Brasil. paulobbg@unemat.br

2 Bacharel em Ciências Contábeis, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. paulobbg@unemat.br



1 Introdução

O núcleo de saúde suplementar no Brasil é formado por empresas relacionadas à prestação de serviços privados de saúde, desse modo, é um setor complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal estabelece em seu artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). No entanto, quando da criação do SUS, O artigo 199 da Constituição Federal estabeleceu a permissão à iniciativa privada de prestar serviços de saúde de forma complementar ao sistema único por meio da venda de serviços. Surge neste cenário a chamada saúde suplementar.

O termo saúde suplementar “refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público” (Ministério da Saúde, 2009, p. 70).

Os planos de saúde tiveram origem ainda no período colonial, particularmente no século XVI com o surgimento das Santas Casas, as quais tiveram sua atuação até a primeira metade do século XX. A possibilidade de se explorar economicamente a assistência à saúde surgiu na década de 30 no Brasil, crescendo até a década de 50, com o processo de industrialização. Nesse período, os hospitais privados consolidaram-se como os principais prestadores de serviço de saúde à classe emergente (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2013).

As cooperativas médicas surgem nesse cenário a partir da primeira Unimed, localizada na cidade de Santos – SP, a qual estabeleceu contrato com a Union Carbide em Cubatão e com grandes indústrias do Estado de São Paulo, nos anos 1960 (Bahia, 1999). Assim, as Unimed tornaram-se planos de saúde com uma rede assistencial baseada nos consultórios particulares dos médicos, com acelerada expansão nas cidades brasileiras de grande e médio porte (Bahia, 2005).

As cooperativas médicas são sociedades compostas de pessoas, não possuem fins lucrativos e operam planos privados de assistência à saúde. Os médicos são cooperados e prestadores de serviços, recebendo tanto pela sua produção individual, como pela divisão das sobras da cooperativa. Em sua maioria não possuem serviços próprios, tais como hospitais, clínicas ou serviços de diagnóstico e terapia, dessa forma estrutura sua rede através de terceirizações ou credenciamentos. O benefi-

ciário vincula-se ao plano, mediante pré-pagamento e tem direito à cobertura prevista contratualmente (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000).

A fim de proporcionar um aparato de segurança aos beneficiários da saúde suplementar, o governo federal exerce um papel atuante no que se refere às regulamentações impostas sobre a saúde suplementar por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

A regulamentação, exercida pela ANS sobre as operadoras de saúde, é feita por meio de uma gama de exigências às operadoras, com foco, principalmente, nos aspectos econômico-financeiros, tendo em vista que a viabilidade econômico-financeira é uma das maneiras de assegurar aos beneficiários que as operadoras possuem condições para oferecer de maneira segura o serviço de saúde (Salvatori & Ventura, 2012).

Sendo os serviços de saúde suplementar um serviço de interesse público, é necessário garantir sua sustentabilidade econômico-financeira. Uma forma de fazer isso é realizando o acompanhamento do índice de sinistralidade. Diante da importância desse índice surge então a principal pergunta deste trabalho: Qual o índice de sinistralidade dos diversos tipos de planos de saúde oferecidos por uma operadora de plano de saúde médico do município de Tangará da Serra - MT?

A fim de responder a esta pergunta, foram estabelecidos os seguintes objetivos: Demonstrar os serviços de saúde oferecidos pela operadora, tendo em conta o tipo de plano de saúde e o perfil dos beneficiários; analisar o índice de sinistralidade geral e segmentado pelos diversos tipos de planos de saúde oferecidos pela operadora; verificar a importância do índice de sinistralidade na definição do valor a ser cobrado dos beneficiários.

1.1 Os planos de saúde no Brasil

No Brasil, a partir do ano de 1960 surgiram os primeiros convênios relacionados à assistência médica. Esse período foi marcado pela chegada das indústrias de grande porte, principalmente as indústrias automobilísticas na região da grande São Paulo. Nessa oportunidade o serviço era executado pelo IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensão. A fim de proporcionar aos seus



funcionários o mesmo padrão de assistência à saúde das suas filias norte americanas essas grandes multinacionais, incentivaram de forma direta a criação dos primeiros grupos médicos no Brasil (Bertoli Filho, 1996).

As operadoras de planos de saúde do seu surgimento até os anos 80 focaram na composição da sua carteira de clientes dando preferência às grandes empresas, ou seja, os contratos eram voltados aos trabalhadores da indústria. Em meados da metade do referido ano, as operadoras começaram a captar novos clientes, tais como os funcionários da administração pública, trabalhadores registrados formalmente em empresas comerciais e, principalmente, os clientes individuais (Fonseca, 2004).

Com o passar do tempo, os órgãos governamentais observaram que o mercado de plano de saúde estava em plena expansão, pela grande diversidade dos contratos e das coberturas oferecidas, podendo dar margem a práticas ilegais pela ausência de uma regulamentação governamental apropriada (Montone, 2003).

A partir de 1998, por meio da Lei 9.656/98 o governo federal determinou as regras para os planos privados de assistência à saúde e introduziu novas pautas no mercado, como a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência e da constituição das reservas técnicas (Brasil, 1998).

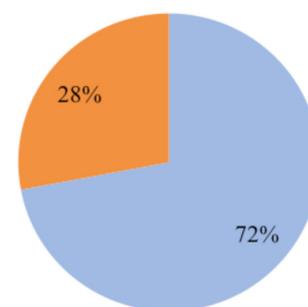
A fim de melhor regular a saúde suplementar, foi criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000 a Agência Nacional de Saúde (ANS). Esta agência reguladora é uma autarquia do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Atua na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos privados de saúde no Brasil. A ANS tem por objetivo promover a defesa do interesse público no que tange à saúde suplementar, regular as operadoras, até mesmo quanto às suas relações com prestadores de serviços e beneficiários. Além dessas atividades a ANS realiza o monitoramento dos preços dos planos de saúde, acompanha a rede prestadora das operadoras de saúde, realiza a concessão das fusões, incorporações e transferência da responsabilidade acionária (Brasil, 2000).

A partir da criação da ANS, as operadoras foram obrigadas a informar periodicamente dados econômico-financeiros através de arquivos eletrônicos tais como:

características dos planos comercializados, serviços cobertos, rede prestadora, tipo de contratação, abrangência geográfica, segmentação assistencial e utilização de serviços, bem como dados dos beneficiários que possibilitam conhecer o perfil de idade, sexo e local de residência. A regulamentação trouxe mudanças importantes, a maioria restrita aos planos registrados a partir de janeiro de 1999 conhecidos como planos novos, e não garantindo os mesmos direitos aos beneficiários de planos anteriores a essa data, conhecidos como planos antigos (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2016a).

A ANS recebe das operadoras várias informações sobre índices financeiros e reajustes praticados nos planos e produtos comercializados – DIOPS (Documento de Informações Periódicas), sobre os beneficiários - SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) e sobre informações assistenciais – SIP (Sistema de Informações de Produtos).

De acordo com o Relatório de Gestão da ANS divulgado em 2016, durante o ano de 2015 havia 1.095 operadoras de planos de saúde com registro ativo e com beneficiários no Brasil, sendo 789 (72%) do segmento médico-hospitalar e 306 (28%) do segmento odontológico. A maioria dos vínculos estava nas modalidades de cooperativa médica e medicina de grupo, bem como nos planos coletivos empresariais. O mercado dos planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde o seu início, à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2016b).



■ Segmento Médico Hospitalar ■ Segmento Odontológico

Gráfico 1: Operadoras de planos de saúde por segmento de atuação, Brasil, 2015

Fonte: Adaptado de Agencia Nacional de Saúde Suplementar, (2016b).



De acordo com o Gráfico 2, pode-se observar que os contratos coletivos empresariais já representam atualmente 66% dos beneficiários do mercado de saúde suplementar no Brasil. O contrato coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, conforme Resolução Normativa – RN nº 195, artigo 5º da ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2009).

Dentre os reajustes aplicados aos contratos coletivos, destaca-se o chamado reajuste por sinistralidade, o qual é aplicado somente ao contrato coletivo e sempre que a operadora sentir a necessidade de ajustar suas receitas, com base nas despesas do grupo. Diferentemente dos reajustes por faixa etária e de atualização anual que são aplicados aos contratos individuais, tendo seus índices fixados diretamente pela ANS, o reajuste por sinistralidade é aplicado apenas ao contrato coletivo, conforme Resolução Normativa – RN nº 309 (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2012).

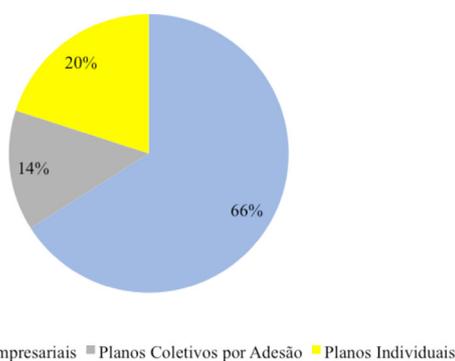


Gráfico 2: Tipos de Planos de Saúde, Brasil, 2017

Fonte: adaptado de Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2017b).

1.2 Sinistralidade em planos de Saúde

De acordo com o relatório Prisma, tendo como base o quarto trimestre do ano de 2016, cujo intuito é informar quanto aos índices econômico-financeiros da saúde suplementar divulgado pela ANS, o termo sinistralidade pode ser definido como o índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas (DM), que tem como finalidade demonstrar a relação entre as despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde, que se

define como contraprestações efetivas (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, 2017a).

Segundo Pires (2008), a sinistralidade é um índice calculado através da razão entre os sinistros realizados, ou seja, os custos de assistência e o prêmio ou receitas da assistência, medida em percentual. O conceito é usado pelas operadoras de saúde como balizador do reajuste de preços das mensalidades.

A apuração dos últimos 12 meses da receita versus despesa indica se o contrato é financeiramente compensador para as partes ou se o valor pago na mensalidade é coerente para manter a relação contratual em equilíbrio, considerando as despesas geradas com esse contrato (Silva, 2014).

No que tange ao reajuste de mensalidades, a regulamentação trata de modo diferente os planos individuais e os coletivos: os planos individuais tem seu índice definido pela ANS, já os planos coletivos podem ter livre negociação entre as partes, sendo posteriormente informado à ANS. Esta distinção na legislação contribui para o poder de negociação que empresas, associações e sindicatos (pessoas jurídicas) teriam na contratação de planos, em função do número de beneficiários vinculados. Porém, uma parcela desses contratantes possui poucos beneficiários, acarretando um baixo poder de negociação (Baldassare, 2014).

A média da sinistralidade tida como aceitável pela maior parte das empresas do ramo é de 75% (Pires, 2008). Essa medida permite ao plano de saúde custear suas despesas administrativas e comerciais e ter uma margem de lucro que viabilize o negócio de saúde suplementar. Com valores acima desse percentual, considera-se que determinado contrato é deficitário (Fernandes, Ferreira & Rodrigues, 2014).

2 Metodologia

Esta pesquisa se caracteriza como estudo de caso e possui cunho exploratório, com abordagem quantitativa através de fontes primárias de pesquisa.

A pesquisa exploratória é bastante flexível, tendo como base a formação de hipóteses, a partir do princípio do engajamento do pesquisador para responder o problema pesquisado. Caracteriza-se por aperfeiçoar as

ideias e proporcionar a descoberta de intuições, considerando diversos aspectos relacionados ao estudo proposto (Gil, 2008).

O estudo de caso permite buscar o conhecimento a fundo de uma realidade delimitada, de modo que os resultados obtidos podem permitir formular hipóteses para o desenvolvimento de outras pesquisas. Destaca-se que o estudo de caso pode ser aplicado a um único objeto de estudo ou a vários, caracterizando-se como estudo de múltiplos casos (Gil, 2008).

Esta pesquisa foi realizada na cidade de Tangará da Serra – MT, na matriz de uma operadora de plano de saúde médico de médio porte, que está submetida à Lei 9.656/98, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A empresa é responsável pela cobertura geográfica de 11 (onze) municípios (Arenápolis, Barra do Bugres, Brasnorte, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Olímpia, Nortelândia, Nova Marilândia, Porto Estrela, Santo Afonso, Sapezal e Tangará da Serra).

As informações foram extraídas de relatórios gerenciais emitidos pela operadora, cujas informações condizem com relatórios validados por auditores independentes e também das diversas opções de filtros da base de dados do sistema de informação gerencial da empresa. O período de levantamento e análise refere-se aos anos de 2015, 2016 e 2017. Os dados foram processados através de ferramentas do Microsoft Office e apresentados em forma de tabelas, sendo comparados com outras pesquisas assemelhadas.

3 Resultados e discussão

A empresa de plano de saúde médico-hospitalar pesquisada no município de Tangará da Serra – MT está devidamente registrada junto a ANS na categoria de operadora de saúde médico-hospitalar por meio do código de registro ANS – nº 31409/9, juntamente com outras 761 operadoras médico-hospitalar. A Agência Nacional de Saúde, conforme Resolução Normativa nº 392 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015) classifica as operadoras de saúde que possuem entre 20.000 e 100.000 beneficiários em operadoras de médio porte.

Desse modo, a operadora pesquisada, no período em análise (2015, 2016 e 2017) classifica-se como operadora

de médio porte, visto que sua carteira de beneficiários esteve acima de 30.000 vidas, conforme mostra a tabela 1. Os dados mostram um total de 36.915 vidas em 2015, 36.751 em 2016 e 37.457 em 2017. Os números mostram crescimento de 0,44% de 2015 para 2016 e de 1,92% de 2016 para 2017.

Tabela 1: Quantidade geral de vidas, 2015, 2016 e 2017

Período	Total de Vidas
2015	36.915
2016	36.751
2017	37.457

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além de visualizar o total de vidas, é interessante verificar como estão distribuídos os beneficiários por tipo de plano.

A tabela 2 mostra que no período analisado houve maior proporção de vidas vinculadas aos contratos coletivos empresariais (pessoa jurídica). No ano de 2015, tais contratos representaram 63%, em 2016 representou 65% e no ano de 2017 alcançou a representatividade de 66% do total de beneficiários ativos da operadora. O segundo tipo de plano com maior representatividade foi o coletivo adesão, o qual apresentou percentuais de 31%, 28% e 26%, respectivamente.

Tabela 2 - Quantidade de Vidas por Tipos de Planos, Tangará da Serra, 2015, 2016 e 2017.

Tipos de Planos	2015	%	2016	%	2017	%
Individual ou Familiar	2.230	6%	2.587	7%	3.057	8%
Coletivo por Adesão	11.556	31%	10.419	28%	9.677	26%
Coletivo Empresarial	23.129	63%	23.745	65%	24.723	66%
Total de Vidas	36.915	100%	36.751	100%	37.457	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os planos coletivos empresariais caracterizam-se pela oferta limitada do contrato de plano de saúde por meio do vínculo de trabalho ou estatutário dos funcionários junto à empresa. Assim, esse tipo de plano é realizado por empresas a fim de garantir serviços de saúde



para seus sócios e colaboradores. Os planos coletivos por adesão se caracterizam pela contratação mediante vínculo com pessoas jurídicas de aspecto profissional tal como associações, conselhos e sindicatos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009).

Quanto à distribuição de beneficiários por faixa etária (tabela 3), nota-se que a operadora, no período pesquisado mantinha em sua carteira de beneficiários uma média de 56,4% de vidas entre as faixas consideradas jovens ativos, que se localizam entre a faixa etária I (00-18 anos) a faixa etária IV (29-33 anos). A faixa etária IX (54-58 anos) e X (acima de 59 anos) representou em média 5,25% do total de vidas da operadora. As primeiras faixas etárias tendem a registrar menos utilizações do seu plano de saúde, levando assim a operadora a manter um equilíbrio econômico financeiro em relação às demais faixas etárias, especialmente as faixas IX e X que utilizam com maior frequência (Nunes, 2004).

Esta classificação por faixa etária está de acordo com o que foi estabelecido na Resolução Normativa - RN 63 de dezembro de 2003 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003), a qual entrou em vigor a partir do dia 1º de janeiro de 2004, estabelecendo também a alteração da metodologia de reajuste por faixas etárias.

É interessante também verificar como se deu a distribuição dos beneficiários de acordo com o gênero no período pesquisado (tabela 4). Percebe-se que nos anos de 2015, 2016 e 2017 há uma distribuição praticamente proporcional entre as faixas etárias. Destaca-se

a faixa X (> 59 anos) que em todos os períodos mostra o gênero feminino com percentual maior em relação ao gênero masculino.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) conforme censo realizado em 2010, a população brasileira é composta por 190.732.694 de pessoas. Sendo que 51,04% (97.342.162) da população são do sexo feminino e 48,96% (93.390.532) do sexo masculino.

No município de Tangará da Serra - MT de acordo com o censo realizado em 2010 pelo IBGE, a população era de 83.431, sendo 50,33% (41.990) pertencentes ao sexo masculino e 49,67% (41.441) ao sexo feminino. Assim, percebe-se que a distribuição dos beneficiários pelo gênero segue a mesma tendência da população nacional e local.

A operadora de saúde comercializa três tipos de contratos, ou seja, individual, coletivo por adesão e coletivo empresarial. Ao celebrar tais contratos junto ao beneficiário e/ou empresa a operadora de saúde, oferece a contraprestação dos seus serviços junto a sua rede credenciada. O beneficiário e/ou empresa compromete-se a pagar a sua mensalidade correspondente ao valor celebrado em contrato bem como as coparticipações pelos serviços, quando realizados. O custo que a operadora possui com a sua rede prestadora quando ocorre a prestação de serviços a seus beneficiários, denominam-se despesas. As mensalidades e coparticipações pagas pelos beneficiários/empresas formam as receitas oriundas do plano de saúde.

Tabela 3: Distribuição de Beneficiários por Faixa Etária, Tangará da Serra, 2015, 2016 e 2017.

Faixa etária	2015		2016		2017	
	Beneficiários	%	Beneficiários	%	Beneficiários	%
I 00-18 anos	9.635	26,10%	9.582	26,07%	9.556	25,51%
II 19-23 anos	3.249	8,80%	3.004	8,17%	2.969	7,93%
III 24-28 anos	4.075	11,04%	3.897	10,60%	3.834	10,24%
IV 29-33 anos	4.285	11,61%	4.234	11,52%	4.426	11,82%
V 34-38 anos	3.917	10,61%	3.923	10,67%	4.012	10,71%
VI 39-43 anos	3.236	8,77%	3.318	9,03%	3.456	9,23%
VII 44-48 anos	2.643	7,16%	2.672	7,27%	2.770	7,40%
VIII 49-53 anos	2.211	5,99%	2.248	6,12%	2.304	6,15%
IX 54-58 anos	1.585	4,29%	1.648	4,48%	1.736	4,63%
X > 59 anos	2.079	5,63%	2.225	6,05%	2.394	6,39%
Total	36.915	100%	36.751	100%	37.457	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Tabela 4: Distribuição de Beneficiários segundo o gênero, Tangará da Serra, 2015, 2016 e 2017**

Faixa etária	2015		2016		2017	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
I 00-18 anos	49,78%	50,22%	49,61%	50,39%	49,61%	50,39%
II 19-23 anos	50,82%	49,18%	49,33%	50,67%	48,00%	52,00%
III 24-28 anos	54,43%	45,57%	52,37%	47,63%	50,55%	49,45%
IV 29-33 anos	52,77%	47,23%	52,86%	47,14%	51,81%	48,19%
V 34-38 anos	52,92%	47,08%	52,69%	47,31%	51,42%	48,58%
VI 39-43 anos	49,38%	50,62%	50%	50%	50%	50%
VII 44-48 anos	47,98%	52,02%	47,83%	52,17%	47,18%	52,82%
VIII 49-53 anos	50,20%	49,80%	51,16%	48,84%	49,18%	50,82%
IX 54-58 anos	49,46%	50,54%	48,91%	51,09%	48,73%	51,27%
X > 59 anos	51,08%	48,92%	51,51%	48,49%	52,01%	47,99%

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 5, mostra um comparativo entre as receitas e despesas e o resultado financeiro dos anos de 2015, 2016 e 2017 segmentados pelos tipos de planos comercializados pela operadora.

Percebe-se que os contratos individuais ou familiares foram os que apresentaram o melhor resultado nos períodos analisados, com percentuais de 31,52%, 31,63% e 31,3% respectivamente e média dos três períodos de 31,47%. Em

recursos financeiros, o acumulado de três anos atingiu um resultado positivo no valor de R\$11.416.392,94. Em segundo lugar aparece o plano coletivo empresarial que também esboçou um bom resultado, com média de 29,51%.

Lembrando que esse resultado se refere somente ao comparativo entre as receitas e despesas relacionadas aos beneficiários, de modo que ainda não foram consideradas as despesas para o funcionamento da operadora.

Tabela 5: Receitas e Despesas por Tipo de Plano. Tangará da Serra, 2015, 2016 e 2017.

TIPOS DE PLANOS	2015	2016	2017	TOTAL
Individual ou Familiar				
Receitas	R\$10.026.361,35	R\$ 12.137.020,40	R\$14.113.708,34	R\$ 36.277.090,09
Despesas	R\$ 6.865.998,91	R\$ 8.298.648,55	R\$ 9.696.049,69	R\$ 24.860.697,15
Diferença	R\$ 3.160.362,44	R\$ 3.838.371,86	R\$ 4.417.658,65	R\$ 11.416.392,94
Resultado em %	31,52%	31,63%	31,30%	31,47%
Coletivo por Adesão				
Receitas	R\$ 9.675.985,98	R\$ 11.335.623,20	R\$ 15.118.687,80	R\$ 36.130.296,98
Despesas	R\$ 7.227.120,49	R\$ 8.379.540,81	R\$ 11.734.686,04	R\$ 27.341.347,34
Diferença	R\$ 2.448.865,49	R\$ 2.956.082,39	R\$ 3.384.001,76	R\$ 8.788.949,65
Resultado em %	25,31%	26,08%	22,38%	24,33%
Coletivo Empresarial				
Receitas	R\$ 8.820.366,41	R\$ 10.413.233,19	R\$ 12.039.064,75	R\$ 31.272.664,35
Despesas	R\$ 6.232.669,68	R\$ 7.257.490,36	R\$ 8.553.835,20	R\$ 22.043.995,24
Diferença	R\$ 2.587.696,73	R\$ 3.155.742,83	R\$ 3.485.229,55	R\$ 9.228.669,11
Resultado em %	29,34%	30,31%	28,95%	29,51%
TOTAL RECEITA	R\$ 28.522.713,74	R\$ 33.885.876,79	R\$ 41.271.460,89	R\$ 103.680.051,42
TOTAL DESPESAS	R\$ 20.325.789,08	R\$ 23.935.679,72	R\$ 29.984.570,93	R\$ 74.246.039,73
TOTAL DIFERENÇA	R\$ 8.196.924,66	R\$ 9.950.197,07	R\$ 11.286.889,96	R\$ 29.434.011,69

Fonte: Elaborado pelo autor.



A tabela 6 demonstra o percentual da sinistralidade por tipo de contrato. O caderno de informação da saúde suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015), define sinistralidade como a relação demonstrada em porcentagem, entre o custo e/ou despesa e a receita de uma operadora de plano de saúde. Portanto, trata-se de um indicador que a operadora utiliza para mensurar o gasto de determinado tipo de produto e quanto poderá reajustar o valor de suas mensalidades a fim de manter o contrato financeiramente saudável.

Assim, nos anos de 2015, 2016 e 2017 o tipo de contrato Coletivo por Adesão foi o que apresentou os maiores percentuais de sinistralidade (75%, 74% e 78%). Relacionando esse dado com o percentual do resultado demonstrado na tabela 5, percebe-se que esse foi o tipo de contrato que apresentou maior evolução nas despesas assistenciais e conseqüentemente o pior resultado, contribuindo com a evolução da sua margem de sinistralidade.

Tabela 6: Sinistralidade por tipo de contrato, Tangará da Serra, 2015, 2016 e 2017

Tipos de Contratos	2015	2016	2017
Individual ou Familiar	68%	68%	69%
Coletivo por Adesão	75%	74%	78%
Coletivo Empresarial	71%	70%	71%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Outra constatação relevante é perceber que, conforme já destacado, os planos individuais ou familiares têm os índices de reajuste da mensalidade fixados pela ANS, já os planos coletivos por adesão e coletivo empresarial podem ser reajustados, em função da sinistralidade, devidamente comprovada (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012). Assim, percebe-se que os reajustes autorizados pela ANS estão garantindo melhor resultado para as operadoras do que os reajustes que elas estão autorizadas a realizar no aniversário do contrato. Possivelmente a busca pela manutenção e por novos clientes têm obrigado a operadora a sacrificar parte dos resultados.

A sinistralidade também foi mensurada segmentada pela faixa etária dos beneficiários da operadora de saúde.

Conforme tabela 7, a faixa etária que demonstra maior sinistralidade foi a faixa X (> de 59 anos) que no

ano de 2015 apresentou o maior dos índices (97%), no ano de 2016 atingiu a margem de 90% e no ano de 2017 aumentou um ponto percentual, atingindo 91%.

Comparando estes dados com a tabela 3, percebe-se que no período em análise as faixas etárias de 00 a 33 anos concentraram 56,47% dos beneficiários e apresentam índice de sinistralidade de 69,25%, 65,25% e 68,25%, com média de 67,58% nos três anos. Reunindo as faixas de 49 a acima de 59 anos, verifica-se índices médios de 85,66%, 84% e 87,33% com média nos três anos de 87,33%. Assim percebe-se que as faixas etárias que apresentam os melhores índices de sinistralidade são aquelas que agregam os mais jovens, visto que tem menor taxa de utilização e auxiliam no financiamento da assistência aos mais idosos.

Tabela 7: Sinistralidade por faixa etária. Tangará da Serra, 2015, 2016 e 2017

Faixa Etária	2015	2016	2017
I 00-18 anos	60%	64%	62%
II 19-23 anos	63%	50%	67%
III 24-28 anos	73%	70%	71%
IV 29-33 anos	81%	77%	73%
V 34-38 anos	76%	73%	75%
VI 39-43 anos	76%	77%	82%
VII 44-48 anos	69%	70%	74%
VIII 49-53 anos	82%	80%	86%
IX 54-58 anos	78%	82%	85%
X > 59 anos	97%	90%	91%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Segundo Camarano (2002) pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estima-se que no ano de 2020 o Brasil terá cerca de 28 milhões de idosos com idade superior a 60 anos. Tais idosos não conseguirão regressar ao mercado de trabalho nem mesmo se manter com a sua possível aposentadoria, provavelmente até mesmo sem condições para adquirir um plano individual de saúde, devido ao aumento no preço dos futuros planos, logo será um novo grupo de pessoas recorrendo ao SUS.

Nas últimas décadas tem crescido a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros e a expectativa de sobrevivência tem aumentado continuamente, além disso, a população idosa tem crescido nos últimos anos. Em contrapartida

a taxa de filhos por mulher “taxa de fecundidade” tem caído, com isso a proporção de jovens diminui e aumenta a de idosos na população (Lima, 2009). Esse fato deve ser observado pelas operadoras de saúde no que tange à sua sobrevivência pois se houve excesso de pessoas idosas, o contrato pode tornar-se inviável economicamente, visto que, como visto, os mais jovens contribuem para a continuidade do negócio. Talvez seja o indicativo que a operadora deva concentrar suas ações de marketing para captação de clientes mais jovens.

Finalizando, a grande questão é: qual o percentual aceitável de sinistralidade? A sinistralidade da operadora em Tangará da Serra- MT atingiu em 2015 o percentual de 71,28%, em 2016 alcançou o resultado de 70,66% e no ano de 2017 fechou em 72,46%. A sinistralidade média dos três anos foi de 71,47%.

De acordo com Pires (2008), a sinistralidade tida como aceitável é de no máximo 75% para operadoras de saúde. Desse modo, percebe-se que o índice da operadora analisada está dentro do aceitável, que foi de 71,47%. Para fins de comparação, uma operadora do mesmo porte localizada no interior de São Paulo, na cidade de Limeira, apresentou no ano de 2012 sinistralidade média de 83,6% (Cason, 2014).

4 Considerações finais

Os resultados deste trabalho demonstraram que a operadora de saúde de Tangará da Serra - MT atingiu no decorrer do período analisado um índice de sinistralidade médio nos três anos de 71,47%. De acordo com ANS (2014) as operadoras de saúde médico nacional de médio porte apresentaram no ano de 2013 sinistralidade de 85,1%. Desse modo, comparando-se com o cenário nacional a operadora está abaixo das demais singulares e abaixo do que é considerado aceitável pela literatura (75%).

Após a análise dos resultados, pondera-se em uma visão macro que para contribuir com o equilíbrio financeiro da operadora de saúde se faz necessário aumentar a carteira de beneficiários pertencentes às faixas etárias I a IV (0 a 33 anos), visto que se trata de um público jovem em plena atividade laboral. Além disso, essa faixa etária contribui diretamente para o crescimento das receitas de contraprestação pelo fato de realizarem com menos

frequência à utilização do plano de saúde, contribuindo assim para suprir os elevados custos com a faixa etária $X > 59$ anos.

Assim, sugere-se que a operadora concentre seus esforços de marketing para a captação de clientes nas faixas etárias mais jovens, visto que esta é a clientela que proporciona o melhor resultado, o qual auxilia na manutenção dos planos menos rentáveis.

Além disso, com o auxílio de outras ferramentas, tais como acompanhamento personalizado da Medicina Assistencial realizada pelo Núcleo de Saúde da operadora, composto por profissionais especializados, eleger a faixa etária que necessitará de um cuidado personalizado, evitando assim a frequência desenfreada por tratamentos sem direcionamento, contribuindo para aumento da sinistralidade. Todavia os custos com a incorporação de novas tecnologias e novos procedimentos afetam diretamente as despesas da operadora, uma das maneiras para manter essa tendência estável é um trabalho de conscientização junto aos médicos cooperados, afim de que realizem as solicitações somente nas situações que compreendem real necessidade ao bem-estar do beneficiário, com isso será possível manter a manutenção segura da atividade. Outra forma de coibir utilização inadequada é o trabalho da auditoria em saúde da operadora, no entanto, é possível que a conscientização produza mais resultados.

Quanto aos objetivos deste trabalho, os quais eram: demonstrar os serviços de saúde oferecidos pela operadora, tendo em conta o tipo de plano de saúde e o perfil dos beneficiários; analisar o índice de sinistralidade geral e segmentado pelos diversos tipos de planos de saúde oferecidos pela operadora; verificar a importância do índice de sinistralidade na definição do valor a ser cobrado dos beneficiários. Conclui-se que foram todos eles adequadamente atendidos.

Sugere-se novos trabalhos a fim de mensurar a sinistralidade pelos grupos de apropriação dos serviços realizados, a fim de identificar os serviços que possuem maior representatividade em custos, de modo a eleger os grupos de beneficiários que necessitam ser acompanhados pela equipe multidisciplinar da operadora a fim de prevenir a utilização dos serviços de saúde por meio de ações de prevenção e educação em saúde.





Referências

- Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2013). Autorização de funcionamento das operadoras. Orientações gerais. Recuperado em 10 de dezembro de 2017, de <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/guia_autorizacao_funcionamento.pdf>.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2014). Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Recuperado em 02 de junho de 2018, de <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes09_caderno_informacao.pdf>.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2016a). Anuário 2015: Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Plano de Saúde. Recuperado em 02 de novembro de 2017, de <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Anuario/2015_anuario.pdf>.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2016b). Relatório de Gestão Agência Nacional de Saúde. Recuperado em 02 de novembro de 2017, de <http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Prestacao-de-Contas/Relatorios_de_gestao/relatorio-gestao-2016.pdf>.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2017a). Prisma econômico-financeiro da saúde suplementar. Recuperado em 02 de novembro de 2017, de <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/prisma-economico-financeiro-dasaude-suplementar>>.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2017b). Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 03/2017. Recuperado em 11 de novembro de 2017, de <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar (2000). Resolução da Diretoria Colegiada nº. 39. Definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Recuperado em 26 de maio de 2018, de <<http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>>.
- Bahia, L. (1999). Seguros e planos de saúde uma saída à brasileira: estudo da organização da oferta a partir de noções das teorias de seguros. Rio de Janeiro. Tese de doutorado da ENSP/Fiocruz, p.187. Recuperado em 10 de dezembro de 2017, de <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangenciadaregulacao/AA10.pdf>.
- Bahia, L. (2005). Origens e institucionalização das empresas de planos de saúde no Brasil. Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias. Rio de Janeiro, LEPS/UFRJ e ANS/Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de dezembro de 2017, de <<http://www.escritadahistoria.com/revista/index.php/escritadahistoria/article/download/26/23+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>.
- Baldassare, R. M. (2014). Análise do desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro. Dissertação: (Mestrado Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo
- Bertoli Filho, C. (1996). História da Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora Ética.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Recuperado em 09 de dezembro de 2017 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>.
- Brasil. (1998). Lei nº 9.956. Recuperado em 02 de novembro de 2017, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>.
- Brasil. (2000) Lei nº 9.961. Recuperado em 11 de novembro de 2017, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>.
- Brasil. (2003). Agência Nacional de Saúde Suplementar – Resolução Normativa – RN nº 63. Recuperado em 31 de maio de 2018, de <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>>.
- Brasil. (2009). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa nº195. Recuperado em 11 de novembro de 2017, de <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==%3E.%20>>.
- Brasil. (2012). Agência Nacional de Saúde Suplementar – Resolução Normativa – RN nº 309. Recuperado em 11 de novembro de 2017, de <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=2282%20>.
- Brasil. (2015). Agência Nacional de Saúde Suplementar – Resolução Normativa – RN nº 392. Recuperado em 31 de maio de 2018, de <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mg==>>>.
- Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição demográfica. Recuperado em 02 de junho de 2018, de <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf>.

- Cason, V. A., & Padoveze, C. L. (2014). Gestão de Custos e preços de vendas em operadoras de plano de saúde: estudo de caso em uma cooperativa de médio porte. FGN – UMP. Recuperado em 02 de junho de 2018, de <<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/aluno/visualiza.php?cod=1463>>.
- Fernandes, F., Ferreira, M. E., & Rodrigues, E. R. (2014). Análise de Rentabilidade Utilizando o Modelo Dupont: Estudo de Caso em uma Operadora de Planos de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, São Paulo - SP*.
- Fonseca, A. L. (2004). Portabilidade em planos de saúde no Brasil. 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar) – Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro.
- Gil, A. C. (2008). Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). Perfil Socioeconômico. Recuperado em 02 de junho de 2018, de <http://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/tangara-da-serra>.
- Lima, I. S. (2009). Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras. Diferenciação de Risco e Mensalidade ou Prêmio entre Faixas Etárias em Planos e Seguros de Saúde. Recuperado em 02 de junho de 2018, de <<http://www.fipecafi.org/downloads/newsletter/faixaetariaparecertecnicoatuarial.pdf>>
- Ministério da Saúde. (2009). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Glossário Temático: Saúde suplementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Montone, J. (2003). Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. Série ANS no. 4. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro.
- Nunes, A. (2004). O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Pires, F. M. S. (2008). Estudo do impacto da medicina preventiva na diminuição da sinistralidade dos planos de saúde e sua aplicação ao sistema SAMMED/FUSEX. Recuperado em 13 de novembro de 2017, de <<http://docplayer.com.br/623200-Estudo-do-impacto-da-medicina-preventiva-na-diminuicao-da-sinistralidade-dos-planos-de-saude-e-sua-aplicacao-ao-sistema-sammed-fusex.html>>.
- Salvatori, R. T., & VENTURA, C. A. A. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: Onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedade*, v. 19, p. 471-487, 2012.
- Silva, R. V. (2014). Sinistralidade e relação contratual. Recuperado em 11 de novembro de 2017, de <<http://alfonsin.com.br/sinistralidade-e-relao-contratual/>>.

