



REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

ISSN 2176-9036

Vol. 7. n. 2, jul./dez. 2015

Sítios: <http://www.periodicos.ufrn.br/ambiente>

<http://www.ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/contabil>

<http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-06/index.php/Ambiente>

Artigo recebido em: 11.03.2014. Revisado por pares em:

19.06.2014. Resubmetido em: 21.12.2014. Reformulado em:

28.12.2014. Avaliado pelo sistema double blind review.

A UTILIDADE DA INFORMAÇÃO CONTÁBIL NO PROCESSO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

THE UTILITY INFORMATION ACCOUNTING IN THE PROCESS OF SUPERVISION AND CONTROL OF OPERATING PLAN FOR HEALTH AGENCY NATIONAL SUPPLEMENTARY HEALTH (ANS)

LA INFORMACIÓN DE UTILIDAD CONTABLE EN EL PROCESO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE PLAN OPERATIVO PARA LA AGENCIA NACIONAL DE SALUD COMPLEMENTARIO DE SALUD (ANS)

Ramon Santiago Magalhães

Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade Federal do Amazonas. Endereço: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Coroado I - CEP: 69077-000 - Manaus – AM – Brasil -
Telefone: (92) 33054538.

E-mail: Santiago_rsm@hotmail.com

Leonor Bernadete Aleixo dos Santos

Mestra em Contabilidade e Controladoria. Professora do Curso de Ciências Contábeis da Faculdade de Estudos Sociais da UFAM/AM – Endereço: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Coroado I - CEP: 69077-000 - Manaus – AM – Brasil - Telefone: (92) 33054538.

E-mail: leonorbernadete@gmail.com.br

Miguel Carlos Viana Negreiros

Professor Mestre do Curso de Ciências Contábeis da Faculdade de Estudos Sociais da Universidade Federal do Amazonas – UFAM/AM – Endereço: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Coroado I - CEP: 69077-000 - Manaus – AM – Brasil - Telefone: (92) 33054538.

E-mail: mcv.negreiros@gmail.com

Luiz Augusto de Carvalho Francisco Soares

Doutor em Administração com ênfase em Finanças (UFMG) e Professor do Curso de Ciências Contábeis da Faculdade de Estudos Sociais da Universidade Federal do Amazonas - UFAM/AM. Endereço: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Coroado I - CEP: 69077-000 - Manaus – AM – Brasil - Telefone: (92) 33054538.

E-mail: las10@uol.com

Adenes Teixeira Alves

Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Professor Mestre do Curso de Ciências Contábeis da Faculdade de Estudos Sociais da Universidade Federal do Amazonas – UFAM/AM. Endereço: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Coroado I - CEP: 69077-000 - Manaus – AM – Brasil - Telefone: (92) 33054538.
E-mail: professoradenes@hotmail.com

RESUMO

Este estudo parte da premissa de que a informação contábil é um instrumento fundamental no processo de controle e fiscalização exercido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nas operadoras de planos de saúde. Nesse sentido fez-se necessário compreender os principais aspectos contábeis inerentes ao mercado de Saúde Suplementar que são avaliados pela ANS. A pesquisa buscou demonstrar o quão importante é a qualidade das informações contábeis para as operadoras de planos de saúde, já que as mesmas podem, por exemplo, determinar a sua continuidade. Na fundamentação teórica procurou-se abordar as principais exigências de caráter contábil realizadas pela ANS, visto que há aspectos específicos em relação à contabilidade do mercado de Saúde Suplementar. As informações contábeis produzem reflexos, por exemplo, no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS e podem contribuir no processo de instauração do regime especial de direção fiscal. Desta forma o presente trabalho teve como foco central entender a utilização e avaliação da informação contábil tanto sob a ótica da ANS quanto à ótica das operadoras de planos de saúde. Nesta pesquisa bibliográfica foram usados como fontes de pesquisa, livros, artigos e pronunciamentos oficiais da ANS. Em seguida, a análise de dados procura responder aos objetivos levantados inicialmente, apresentando também um estudo de caso para verificar a relação das informações contábeis refletidas no IDSS de 2010 com as operadoras que entraram em regime especial de direção fiscal em 2011. O resultado consistiu em demonstrar a contribuição das informações contábeis para processo de controle e fiscalização das operadoras, retratando o universo vasto que o tema alcança.

Palavras-Chave: Informação Contábil. Controle. Fiscalização. Qualidade. Operadoras de Planos de Saúde.

ABSTRACT

This study assumes that the accounting information is a vital tool in the process of control and supervision exercised by the National Health Agency - ANS providers in health plans. In this sense it was necessary to understand the key accounting issues inherent to market Health Insurance, which are evaluated by the NSA. This research sought to demonstrate how important is the quality of accounting information to health plan providers, since they may, for example, determine its continuity. In theoretical sought to address the key requirements of character accounting performed by the NSA, since there are specific issues in relation to market accounting Supplemental Health. Where accounting information produce a set of information that can be reflected, for example, the Performance Index of Health Supplements - IDSS and contribute in the process of establishment of the special fiscal direction. Thus, the present study was to understand the central focus use and evaluation of accounting information both from the perspective of ANS on the viewpoint of health insurance providers. In this literature, were used as a source of research, books, articles and official

pronouncements of the ANS. Then the data analysis seeks to answer the objectives initially raised, also presenting a case study to examine the relation between accounting information reflected in IDSS 2010 with operators who entered the special direction in fiscal 2011. The result has been to demonstrate the contribution of accounting information for control and monitoring of process operators, portraying the vast universe that extends the theme. **Keywords:** Accounting Information. Control. Monitoring. Quality. Health Plan Operators.

RESUMEN

Este estudio supone que la información contable es una herramienta clave en el control del proceso y la supervisión ejercida por la Agencia Nacional de Salud - los proveedores de ANS en los planes de salud. En este sentido, era necesario entender las cuestiones contables claves intrínsecas al mercado de Salud Complementario, que son evaluados por la NSA. Esta investigación buscó demostrar lo importante es la calidad de los operadores de contabilidad de información los planes de salud, ya que pueden, por ejemplo, determinar su continuidad. En teoría se buscó abordar los requisitos clave de carácter contable realizado por la NSA, ya que hay aspectos específicos relativos a la contabilidad del mercado de salud complementario. Cuando la información contable producir un conjunto de información que se puede reflejar, por ejemplo, el Índice de Rendimiento de suplementos para la salud - IDSS y contribuir al establecimiento del régimen fiscal especial para el proceso. Así, el presente estudio fue comprender la utilización foco central y la evaluación de la información contable, tanto desde la perspectiva de ANS como la perspectiva de los proveedores de seguros de salud. En esta revisión de la literatura, se utilizaron como fuente de investigación, libros, artículos y declaraciones oficiales de la ANS. Entonces, el análisis de datos trata de responder a los objetivos planteados inicialmente, presentando además un estudio de caso para examinar la relación entre la información contable reflejado en IDSS 2010 con los operadores que entraron bajo la dirección especial en el año fiscal 2011. El resultado ha sido demostrar la contribución de la información contable para el control y la vigilancia de los operadores del proceso, retratando el vasto universo que se extiende al tema.

Palabras clave: Información Contabilidad. Control. Auditoría. Carriers Quality. Health Plans

1 INTRODUÇÃO

Durante o final da década de 80 o Brasil estava vivendo um momento de profundas mudanças, fruto da transição do regime ditatorial militar à democracia. Neste contexto histórico, a promulgação da Constituição Federal de 1988 surge como a consolidação máxima das transformações que o país sofrera. E, dentre os vários artigos contidos na Constituição Federal que visam à manutenção e organização do Estado Democrático, foram estabelecidas também as diretrizes sobre a saúde no Brasil nos artigos 197 a 200.

Anterior à Constituição, a saúde pública no Brasil era conduzida quase que exclusivamente pelo Governo com pouquíssimas empresas privadas atuando no mercado de saúde e, conforme Melo *apud* Marques (1998), para atender a classe trabalhadora de empresas multinacionais que estavam chegando ao país em meados dos anos 1960. O atendimento privado de saúde, que deu origem ao termo Saúde Suplementar, ganhou forças por ocasião da Constituição Federal de 1988 que institucionalizou a exploração da assistência à saúde

também por parte da iniciativa privada conforme artigo 199: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

A partir desse marco constitucional o mercado de Saúde Suplementar no Brasil passou a experimentar um crescimento de grandes proporções, fato decorrente do aumento da demanda por serviços relacionados à saúde uma vez que durante a década de 90 o país passou por uma crise no sistema público de saúde. Dessa forma, a Saúde Suplementar surgiu como alternativa para atender esta demanda de mercado.

No entanto, o crescente desenvolvimento desregulado da Saúde Suplementar no Brasil despertou no Governo a necessidade de regulamentar o mercado para que houvesse equilíbrio entre os concorrentes e garantias aos consumidores. Surge então, pela Lei número 9.961/2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (CONASS, 2007).

Com o surgimento da ANS além da regulamentação da Saúde Suplementar no Brasil, tornou-se possível traçar um perfil do setor, através de informações contábeis e dados estatísticos provenientes das operadoras de planos de saúde que estão divididas em dois grupos de prestação de serviço à saúde: médico-hospitalar e odontológica, conforme RDC 39, publicada pela ANS em 30 de outubro de 2000.

1.1 O TEMA E O PROBLEMA DE PESQUISA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, assim como outras agências governamentais e entidades empresariais, usa aquilo que hoje é fundamental e indispensável à condução e avaliação a respeito de uma entidade: a informação.

Nesse âmbito a informação contábil, em especial, é extremamente importante para que ANS alcance a sua finalidade de regular as operadoras de planos de saúde.

O conjunto de dados gerados a partir da contabilização dos fatos contábeis demonstra em um determinado espaço de tempo qual a situação econômico-financeira em que a entidade contábil encontra-se. Complementarmente, a interpretação desses dados dentro de um universo micro ou macro ambiental, através de análises, gera a informação contábil.

Quando visualizado o valor de contas a pagar de uma entidade é encontrado um dado contábil, mas quando se verifica a capacidade de pagamento desta empresa frente aos seus credores configura-se a informação contábil. Segundo Matarazzo (2010): “Informações representam, para quem as recebe, uma comunicação que pode produzir reação ou decisão [...]”.

Logo, ao emissor das informações contábeis cabe produzir informações de qualidade incontestável e fidedigna, não somente para atender os princípios de contabilidade e legislação vigente, mas para que haja uma interpretação correta das informações, e, assim seja espelhada a situação patrimonial verdadeira e confiável de uma entidade.

Diante do exposto, o presente trabalho pretende analisar a seguinte questão: **qual o papel das informações contábeis junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, enquanto órgão regulador das operadoras de planos de saúde?**

1.2 JUSTIFICATIVA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar regulamenta um setor que é relativamente novo: o de Saúde Suplementar. Aos usuários das operadoras de planos de saúde a ANS tem contribuído significativamente para melhoria e adequação dos planos uma vez que isto é de grande interesse para eles já que muitos desses usuários migram para o atendimento privado de saúde em função da precariedade do sistema público de saúde no Brasil.

Por outro lado, as operadoras de planos de saúde precisam adequar-se aos regulamentos da ANS. E para isso é indispensável a geração de informações contábeis fidedignas e de qualidade indiscutível que por sua vez são recepcionadas e analisadas pela ANS para formar uma avaliação da operadora. Tal avaliação pode levar a operadora verificada a extremos impostos pela Agência Nacional de Saúde, tais como: regime especial de direção técnica e direção fiscal, que podem comprometer o futuro da operadora em questão.

Sendo assim, o presente trabalho pretende analisar a importância e a utilização das informações contábeis junto à ANS, enquanto órgão regulador das Operadoras de Plano de Saúde.

1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo consiste em demonstrar como as informações contábeis enviadas pelas operadoras de planos de saúde são usadas pela Agência Nacional Saúde Suplementar no processo de controle e fiscalização decorrentes da recepção das mesmas, com o enfoque nos aspectos contábeis relevantes que as operadoras devem observar para atender as exigências determinadas pela ANS.

Para alcançar esse objetivo, o presente estudo faz uma análise geral da formação e uso das informações contábeis geradas.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Partindo do objetivo geral, pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Demonstrar o processo de formação dos ativos garantidores e garantias financeiras estabelecidas pela ANS;
- Verificar onde as informações contábeis são alocadas nas obrigações acessórias pertinentes à ANS;
- Analisar qual a importância da demonstração de fluxo de caixa das operadoras de plano de saúde no que tange o controle e fiscalização pela ANS;
- Examinar quais aspectos e recomendações principais são determinados ao trabalho de auditoria nas operadoras de plano de saúde;
- Avaliar através de um estudo de caso qual indicador mais se destacou no IDSS das operadoras de plano de saúde que entraram em regime de direção fiscal em 2011 com base no IDSS 2010.
- Observar a importância do profissional de contabilidade no que tange, principalmente, à qualidade e responsabilidade na elaboração das informações contábeis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INFORMAÇÕES CONTÁBEIS E A SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1.1 RELEVÂNCIA DAS INFORMAÇÕES CONTÁBEIS NO BRASIL

A contabilidade no decorrer da história vem provando ser indispensável na formação econômica mundial e de um Estado, através da produção de informações essenciais que sustentam as diretrizes para a evolução da economia. E tal fato fica evidenciado quando observado a forte tendência de internacionalização e padronização da contabilidade, o que naturalmente gera a necessidade de se obter informações confiáveis e harmoniosas com os padrões contábeis de outros países.

Visto que o objetivo da contabilidade é fornecer informações úteis e de qualidade aos usuários internos e externos, Padoveze (2012) atribui uma significativa função ao objetivo da contabilidade: “A contabilidade pode ainda ser vista como a linguagem financeira universal no mundo dos negócios [...]”.

Logo, ao determinar a contabilidade como linguagem financeira universal torna-se necessário estabelecer um padrão compreensível entre o emissor e o receptor da informação. Tal padrão viabiliza uma análise temporal da situação de uma entidade, seja por usuários internos ou externos da informação contábil, no sentido de auxiliar no processo decisório levando-se em as seguintes características qualitativas da informação, conforme Hendriksen e Breda (1999):

- **compreensibilidade:** a informação deve ser compreensível para ser útil;
- **relevância:** a informação contábil é completa quando ela tem condições de fazer diferença numa decisão, ajudando os usuários a fazer previsões sobre eventos passados, presentes e futuros, ou confirmar ou corrigir expectativas anteriores;
- **confiabilidade:** quer dizer que a informação contábil é função de fidelidade de representação, verificabilidade e neutralidade,
- **comparabilidade:** permite aos usuários identificar semelhanças e diferenças entre dois conjuntos de fenômenos econômicos, o que depende da uniformidade e da consistência.

Quanto à forma que as informações contábeis devem ser produzidas obedecendo a legislação vigente no país, com o advento das leis nº 11.638/2007 o Brasil passou a fazer parte da forte tendência de internacionalização e convergência das práticas e normas contábeis. Fato este, que gerou adequações em todos os mercados econômicos atuantes no país, inclusive o mercado de Saúde Suplementar. E, conseqüentemente tornou a informação contábil mais importante uma vez que ela passou a estar inserida no contexto internacional.

Para as Operadoras de Planos de Saúde a informação contábil é de extrema importância porque através dela que se pode garantir também a sua continuidade, visto que a Agência Nacional de Saúde a utiliza como termômetro em relação à Operadora de Plano de Saúde e também a usa como fonte para traçar o perfil do setor de saúde permitindo equilibrar a relação mantida entre operadora e usuário.

2.1.2 A UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES CONTÁBEIS PELA ANS

Sob o entendimento de que a informação é a base do processo de regulação, a ANS utiliza a informação como peça chave no processo regulatório do mercado de Saúde Suplementar. Com o objetivo de alcançar esse objetivo a agência lança mão do poder legal conforme descrito na lei nº 9656/98:

Art.20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art.1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art.32.

A partir das informações fornecidas pelas Operadoras de Plano de Saúde a ANS de forma sintética elabora a avaliação das Operadoras quanto à situação em que se encontram através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, no qual as operadoras são avaliadas em quatro dimensões segundo o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar:

I. Qualidade da Atenção à Saúde – avalia a qualidade da atenção, buscando avaliar as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde.

II. Qualidade Econômico-Financeira – avalia a situação econômico-financeira da empresa e sua capacidade de custear o conjunto das ações e serviços de saúde necessários para uma atenção integral e contínua, conforme os contratos assumidos.

III. Qualidade de Estrutura e Operação – avalia a capacidade das operadoras de oferecerem uma rede assistencial suficiente e adequada aos requisitos exigidos e de cumprirem suas obrigações técnicas e cadastrais junto à ANS

IV. Satisfação dos Beneficiários - avalia se os contratantes de planos privados de saúde têm suas necessidades e expectativas atendidas pelas operadoras, nas ações e serviços de saúde prestados – conforme estabelecido pela legislação e pelas cláusulas contratuais.

Dentre as quatro dimensões que compõem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar acima descritos, a informação contábil contribui primordialmente no que tange a dimensão econômico-financeira, objeto a ser aprofundado neste trabalho.

2.2 ASPECTOS CONTÁBEIS IMPORTANTES ÀS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

2.2.1 GARANTIAS FINANCEIRAS

No processo de geração das informações contábeis nas operadoras de planos de saúde há provisões específicas, também chamadas de garantias financeiras pela ANS, que são extremamente importantes na formação do resultado da empresa e posterior avaliação dos indicadores provenientes delas. As provisões exigidas pela Agência Nacional de Saúde têm por objetivo garantir que as operadoras atuem dentro de um padrão mínimo para atender os prestadores e usuários dos serviços oferecidos e, assim realizar a manutenção do setor.

Segundo definição do Comitê de Pronunciamentos Contábeis através do CPC 25: “provisão é um passivo contingente de valor e vencimento incertos”. Para Padoveze, (2010), a contingência é uma condição ou situação, cujo resultado final, favorável ou desfavorável,

somente será confirmado caso ocorram, ou não, um ou mais eventos futuros incertos. Logo, a provisão é uma obrigação presente de valores e vencimentos futuros incertos. De forma mais abrangente Neves e Viceconti (2007) definem o termo provisão como despesas com perdas de ativos ou com a constituição de obrigações que, embora já tenham o seu fato gerador contábil ocorrido, não podem ser medidas com exatidão e têm, portanto, caráter estimativo. No entanto, considerando o tratamento atual da CVM, as despesas com perdas de ativos, a qual o autor se refere, passaram a ser tratadas com perdas estimadas ao invés de ser empregado o termo provisão porque este termo deve ser atribuído somente ao passivo com prazo ou valores incertos (IUDÍCIBUS *et al.*, 2011).

A Agência Nacional de Saúde impõe às OPS pelo menos quatro principais tipos de provisões, por meio de legislação específica, que são: provisão para remissão, provisão para eventos/sinistros a liquidar, provisão para eventos/sinistros ocorridos e não realizados – PEONA e provisão de risco. Tais provisões são utilizadas com o intuito de resguardar a operacionalidade das OPS diante dos seus usuários e prestadores, dado que no processo de utilização dos planos existe a possibilidade, por exemplo, de utilização do plano e como consequência a geração de um montante a pagar aos prestadores que deve ser honrado pelas operadoras e, assim se faz necessário a constituição de provisão de eventos ocorridos e registrados contabilmente a liquidar para que o pagamento aos prestadores seja assegurado, visto que a utilização dos planos está intimamente ligada à sazonalidade de sua demanda. Logo, diante da probabilidade, do risco da efetivação e da asseguarção dos direitos das partes envolvidas, as provisões são objetos de destaque para ANS e de recomendação pela auditoria face aos seus potenciais efeitos financeiros.

2.2.2 PROVISÃO PARA REMISSÃO - PR

Estabelecida pela Resolução Normativa – RN nº 75, de 10 de Maio de 2004, a provisão para remissão é uma provisão técnica que tem por objetivo refletir/garantir as obrigações futuras decorrentes das atividades das operadoras, uma vez que as provisões técnicas são indispensáveis para a preservação da solvência das Operadoras de Planos de Saúde conforme Lei 9.656/1988.

A provisão para remissão deve ser constituída para a garantia de assistência à saúde num período pré-determinado em que o beneficiário do plano de saúde ficar isento do pagamento de contraprestações por motivo de um evento gerador previsto contratualmente, por exemplo: morte, invalidez ou desemprego.

No caso de morte, segundo a ANS, ocorre o exemplo mais comum de remissão em saúde suplementar. Onde a remissão é concedida por um período de cinco anos aos dependentes do beneficiário titular do plano que falecera.

O cálculo da provisão para remissão deve ser realizado por profissional atuário descrito em Nota Técnica de Atuarial de Provisões - NTAP e deverá ser constituída integralmente no mês de competência do fato gerador, conforme descrito na RN nº 75.

Contabilmente a provisão para remissão, assim como todas as outras provisões, tem o papel fundamental para espelhar a realidade fidedigna da operadora, ainda que a possibilidade não tenha se materializado é importante levar em consideração os princípios do conservadorismo e prudência.

Importante salientar também que pela constituição da provisão o desempenho econômico-financeiro da operadora é alterado em contrapartida criada à obrigação gerada, e,

assim tem reflexos nas informações contábeis produzidas e demonstradas através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar que é o termômetro avaliativo utilizado pela ANS em relação às OPS.

2.2.3 PROVISÃO DE EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR - PESL

A provisão de eventos ou sinistros a liquidar é ocasionada pela despesa médica comprovada pelo beneficiário ou prestador do serviço. No momento em que a despesa é apresentada a operadora ela deve ser registrada como provisão pelo seu valor integral para que o evento ou sinistro ocorrido e agora registrado contabilmente seja pago conforme orientação da Resolução Normativa – RN 209, de 22 de Dezembro de 2009.

A provisão de eventos ou sinistro a liquidar – PESL tem por objetivo resguardar o direito de pagamento aos prestadores de serviços ou ressarcimento aos beneficiários do plano de saúde médico/odontológico, dado que a sinistralidade no âmbito da saúde é comum visto que grande parte dos atendimentos é ocasionada por eventos que fogem dos atendimentos chamados de rotineiros ou check-ups.

2.2.4 PROVISÃO DE EVENTOS OCORRIDOS E NÃO-AVISADOS – PEONA

Regulamentada pela Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de Dezembro de 2009 a provisão de eventos ocorridos e não-avisados – PEONA é uma provisão que deve ser calculada atuarialmente para fazer frente ao pagamento de eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela operadora. Caso a operadora esteja em início de operação ou sua Nota Técnica Atuarial, que se refere à metodologia atuarial para realização da provisão, não tenha sido aprovado pelo DIOPE aplica-se o disposto na RN nº 209, conforme figura abaixo:

Quadro 1 - Cálculo da PEONA - Portal ANS – Garantias Financeiras

CÁLCULO DA PEONA		
	Descrição	Valor
A	Contraprestações Líquidas nos últimos 12 meses - Preço pré-estabelecido	R\$ 874.414.694,00
B	Total dos Eventos Indenizáveis Líquidos nos últimos 12 meses - preço pré-estabelecido	R\$ 349.829.261,00
C	9,5% x A	R\$ 83.069.395,93
D	12% x B	R\$ 41.979.511,32
E	Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA - Maior valor entre C e D	R\$ 83.069.395,93

Fonte: dados da pesquisa.

2.2.5 PROVISÃO DE RISCO

A provisão de risco que vigorou até o ano de 2009, quando foi extinta com a publicação da Resolução Normativa – RN 209, foi criada pela ANS para assegurar que a parcela da contraprestação, cuja vigência do risco não tivesse findado, fosse garantida (publicação ANS).

A contraprestação a qual a ANS refere-se é a parcela que o beneficiário acordou contratualmente junto à operadora. Comumente no pagamento de uma parcela do plano de saúde a uma operadora é assegurado ao beneficiário do plano à assistência a saúde no período de trinta dias que corresponde ao mês pago. Contabilmente até 2009 era necessário constituir

a provisão de risco pelo fato de o beneficiário realizar o pagamento, por exemplo, no dia 10 e assim ter assegurado a assistência até o dia 09 do mês seguinte, no entanto o encerramento contábil acontece no final do mês e, por isso fez-se necessário à constituição da provisão de risco para garantir os 09 dias que o beneficiário adquiriu por direito.

Para realizar o cálculo da provisão de risco nas operadoras multiplicava-se 50% da média mensal de contraprestações líquidas, nos últimos três meses, na modalidade de preço pré-estabelecido.

Com o advento da RN 209 a provisão de risco deixou de existir, dando lugar à provisão de eventos/sinistros a liquidar que frisa o reconhecimento das despesas assistenciais no momento em que as operadoras tiverem conhecimento da sua ocorrência.

Face às exigências impostas pela ANS para constituição das provisões que visam assegurar a operacionalidade do mercado de saúde suplementar, fica evidente o impacto causado no resultado das operadoras pela constituição das provisões, visto que naturalmente a constituição de uma provisão gera como contrapartida à obrigação uma despesa e consequentemente altera o produto das informações contábeis posteriormente avaliadas pela ANS. No entanto, é de fundamental importância que elas sejam constituídas para a assegurar dos interesses operacionais, dos beneficiários e prestadores. Abaixo, segue o exemplo de constituição de provisão de risco nas operadoras de planos de saúde:

Quadro 2 - Cálculo Provisão de Risco - Portal ANS – Garantias Financeiras.

Provisão de Risco

	Descrição	Valor
A	Média mensal das Contraprestações Líquidas nos últimos 3 meses - Preço pré-estabelecido	R\$ 238.178.679,00
B	50% x A	R\$ 119.089.339,50

Fonte: dados da pesquisa.

2.2.6 ATIVOS GARANTIDORES

Na constituição das provisões técnicas leva-se em conta a possibilidade de um evento ou sinistro ocorrer. Na ocorrência de um desses fatos é necessário que a operadora tenha condições de suportar aquilo que fora provisionado, pois se trata da efetivação financeira real da provisão. Diante desta situação, a Agência Nacional de Saúde estabelece através Resolução Normativa – RN nº 159 de 04 de julho de 2007 os ativos garantidores como fonte de lastreamento das provisões técnicas.

O lastreamento é a segurança de que as provisões técnicas possam ser honradas, caso necessário, através dos ativos garantidores. ANS reconhece como ativos garantidores os títulos, valores mobiliários e/ou imóveis registrados no ativo das operadoras. Os ativos empregados nesta modalidade devem cumprir o disposto na RN nº 159, como o percentual a ser lastreado por ativo.

Os ativos garantidores são de fundamental importância para a continuidade das operadoras, pois são eles que garantem, principalmente, a solvência delas e são peças essenciais também na qualidade das informações contábeis, pois dão maior segurança aos usuários das informações.

2.3. PRINCIPAIS OBRIGAÇÕES ACESSÓRIAS CONTÁBEIS JUNTO À ANS

2.3.1. DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA – DFC

A demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) tornou-se uma demonstração contábil obrigatória com advento da lei 11.638 de 28/12/2007 ainda que o IBRACON e a CVM já a recomenda-se como informação complementar desde 1999. De acordo com o CPC 03, que discorre sobre tal demonstração, dentre os objetivos da DFC está o de gerar informações sobre o surgimento e utilização de caixa e equivalentes de caixa para atender aos usuários das demonstrações contábeis e possibilitar juntamente com as outras demonstrações contábeis a avaliação de mudanças nos ativos líquidos das entidades, na sua estrutura financeira e época de ocorrência dos fluxos de caixa. Entende-se caixa, de acordo com as Normas Internacionais de Contabilidade, como o termo utilizado que abrange dinheiro em mãos e depósitos demandados. Já equivalentes de caixa são investimentos de curto prazo e altamente líquidos que estão prontos para serem convertidos em montantes conhecidos de caixa, as quais estão sujeitos a riscos insignificantes de mudança nos valores.

Anteriormente a lei 11.638/2007 a DFC já era utilizada como ferramenta gerencial por grande parte das empresas devido a sua grande utilidade para a avaliação financeira das mesmas. Para Matarazzo (2010) quase sempre os problemas de insolvência ou ausência de liquidez ocorrem por falta de uma adequada administração do fluxo de caixa. Esses problemas citados pelo autor referentes à solvência e liquidez são aspectos bastante analisados pela Agência Nacional de Saúde em relação às Operadoras de Planos de Saúde no que tange principalmente a independência financeira delas.

A demonstração dos fluxos de caixa é estruturada pela sua natureza de transação, a qual tem relação direta com a movimentação do caixa, seja por entradas ou, seja por saídas do mesmo, através das atividades desenvolvidas pelas entidades. E tal fato é demonstrado em sua estrutura através das orientações estabelecidas pelo CPC 03, onde a DFC é dividida em três principais estruturas que são:

- **Atividades Operacionais:** De acordo com Padoveze (2012) o fluxo de atividades operacionais é derivado das principais atividades que produzem receitas para a companhia. Sendo, portanto, derivação do lucro líquido ou prejuízo e principal fonte de geração de receita.
- **Atividades de Investimento:** São as atividades referentes à aquisição e venda de ativos de longo prazo e investimentos não incluídos nos equivalentes de caixa. De acordo com o CPC 03 é importante a separação dos fluxos oriundos das atividades de investimento porque representam a extensão em que os gastos foram realizados por fontes que pretendiam gerar receitas e fluxo de caixa.
- **Atividades de Financiamento:** São atividades que resultam em mudanças no tamanho e na composição do capital próprio e endividamento da entidade. Fato que é de extrema importância aos fornecedores de capital à entidade, uma vez que no fluxo de atividades de financiamento fica evidenciada também a exigência de caixa futuro.

Quanto à forma de apresentação da demonstração dos fluxos de caixa o CPC 03 faculta a opção de elaboração através do método direto ou indireto. No entanto, o método direto é o mais recomendado tanto pelo FASB quanto pelo IASB para as entidades ainda que ambos também facultem a apresentação da DFC pelo método indireto.

O método direto consiste na conciliação entre o lucro líquido e o caixa das operações anexas ao fluxo de caixa das atividades operacionais. Segundo Oliveira (2009), é recomendado que as empresas utilizem o método direto porque tal método explica a entrada e saída das atividades operacionais, como o recebimento de vendas e serviços e os pagamentos de despesas. Isto porque ficam melhores detalhadas as informações referentes às entradas e saídas brutas de dinheiro no que tange a utilização de caixa e/ou equivalente de caixa nas principais atividades operacionais desenvolvidas pelas entidades.

O método indireto aproxima-se bastante à Demonstração das Origens e Aplicações dos Recursos – DOAR por ser uma continuação para obtenção do capital circulante gerado pelas operações. E tal fato o torna mais preferido pelas empresas pelo costume anteriormente adquirido ao elaborar a DOAR (IUDÍCIBUS ET AL, 2011). Através do método indireto e possível evidenciar com maior clareza que certas variações de caixa ocorrem pela mudança dos prazos de recebimento e pagamento. O método indireto faz a conciliação entre o lucro líquido e o caixa gerado pelas operações, removendo do lucro líquido aqueles itens que não afetarem o caixa no período.

A Agência Nacional de Saúde impõe às Operadoras de Planos de Saúde a utilização do método direto na elaboração da DFC. E, a partir da Resolução Normativa 173, de 10 de Julho de 2008, criou a obrigatoriedade do envio mensal da DFC pelas OPS e tornou-a parte integrante do DIOPS.

Assim, as OPS passaram a enviar à ANS o fluxo de caixa mensal até o décimo dia subsequente de cada mês. Isto porque a DFC mensal para ANS tornou-se um instrumento de controle e fiscalização nas OPS, uma vez que através da DFC é possível analisar de forma mais detalhada as variações das disponibilidades e verificar, por exemplo, os impactos sobre a solvência nas OPS. E outra característica avaliada pela ANS em relação à DFC está diretamente ligada à qualidade das informações prestadas porque estas são confrontadas a cada três meses com o DIOPS para efetuar análise, principalmente, do grupo “disponível”.

A qualidade das informações prestadas através da DFC enviadas mensalmente contribui de forma significativa no processo de avaliação que a ANS exerce sobre as Operadoras de Planos de Saúde. Vale destacar que a incoerência das informações contidas no DFC ao serem confrontadas com o DIOPS pode acarretar, por exemplo, rejeição no recebimento do DIOPS pela ANS ou evidenciar deficiências na operacionalidade das OPS e, conseqüentemente, deixando de contribuir para a formação da avaliação econômico-financeira refletida no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS.

Face à utilização que a ANS realiza junto às Operadoras de Planos de Saúde da Demonstração dos Fluxos de Caixa fica evidenciada a importância desse demonstrativo não somente com instrumento gerencial, utilizado comumente pelas entidades, ou como exigência de apresentação anual conforme a legislação vigente, mas como instrumento também de fiscalização e controle.

2.3.2. DOCUMENTO DE INFORMAÇÕES PERIÓDICAS DAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – DIOPS.

Regulamentado pela Lei nº 9656 art. 20, RN 173 o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS, é um conjunto de informações cadastrais, econômico-financeiras e complementares usado pela Diretoria de Normas e Habilitações das Operadoras – DIOPE, que faz parte da estrutura operacional da ANS, para realizar o controle, monitoramento e acompanhamento da estrutura patrimonial das operadoras de planos de saúde. E, é através do DIOPS que a Agência Nacional de Saúde exerce efetivamente as funções controle e fiscalização no que tange principalmente aos aspectos econômico-financeiros das operadoras uma vez que as informações nele contidas são puramente contábeis à exceção das informações cadastrais e complementares.

O DIOPS é uma obrigação de envio trimestral das operadoras de planos de saúde à ANS que tem contribuído significativamente para o desenvolvimento do setor de saúde suplementar no país. Isto porque, através das informações recepcionadas pela ANS além de tornar possível a execução do controle e da fiscalização sobre as operadoras, o DIOPS também possibilita traçar o panorama do mercado de saúde suplementar no Brasil. Outros fatores relevantes atribuídos ao DIOPS, quando se analisa uma operadora em específico, é o fato de tal documento ser fundamental na avaliação gerada pela ANS refletida no IDSS na dimensão econômico-financeira e a contribuição primordial para os casos de instauração de direção fiscal nas operadoras. Visto que é extremamente importante o acompanhamento das operadoras já que, segundo a própria ANS, as operadoras lidam com um bem meritório: “a saúde dos beneficiários, que em hipótese alguma pode sofrer quaisquer tipos de descontinuidade sob pena de dano irreversível ao usuário desse serviço [...]”.

Logo, o DIOPS é um instrumento de controle e fiscalização econômico-financeira sob o efeito de um agravante que é o fato de lidar com a saúde do beneficiário.

E, quando se trata exclusivamente do IDSS, os aspectos avaliados na qualidade econômico-financeira são: liquidez; estrutura de capital e garantias financeiras, que são dados retirados do DIOPS.

O DIOPS sofreu algumas alterações nos últimos anos no que se refere à validação das informações por meio de auditoria independente. A princípio o DIOPS do primeiro trimestre de cada ano a partir de 2008, que tem em sua composição dentre outros elementos o balancete trimestral da operadora, deveria ser enviado juntamente com o parecer de auditoria sobre as demonstrações contábeis do exercício. A partir do segundo trimestre de 2010 as operadoras passaram a enviar o relatório de auditoria sobre o DIOPS trimestralmente e, em 2011 a partir do primeiro trimestre foram estabelecidos os procedimentos previamente acordados – PPA com o objetivo de validar as informações trimestralmente contidas no DIOPS seguindo um padrão estabelecido pela ANS aos auditores independentes com registro na CVM.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho tem como foco os objetivos específicos propostos, caracterizando-se como estudo exploratório e descritivo, cuja abordagem se dá pela luz de obras de outros autores e dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde.

3.2 FONTES DE PESQUISAS

Quanto aos procedimentos usados, este estudo pode ser classificado como sendo bibliográfico, por utilizar-se de livros e artigos científicos para fundamentação teórica do trabalho. Caracteriza-se ainda como um estudo de caso, pois foram utilizadas diversas informações oficiais divulgadas pela ANS para elaboração da análise comparativa contida nesse trabalho.

3.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo consiste em demonstrar como as informações contábeis enviadas pelas operadoras de planos de saúde são usadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar no processo de controle e fiscalização decorrentes da recepção das mesmas, com o enfoque nos aspectos contábeis relevantes que as operadoras devem observar para atender as exigências determinadas pela ANS.

Para alcançar este objetivo, o presente estudo faz uma análise geral da formação e uso das informações contábeis geradas.

3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Com vistas ao atingimento do objetivo geral, pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Demonstrar o processo de formação dos ativos garantidores e garantias financeiras estabelecidas pela ANS;
- Verificar onde as informações contábeis são alocadas nas obrigações acessórias pertinentes à ANS;
- Analisar qual a importância da demonstração de fluxo de caixa das operadoras de planos de saúde no que tange o controle e fiscalização pela ANS;
- Examinar quais aspectos e recomendações principais são determinados ao trabalho de auditoria nas operadoras de planos de saúde;
- Avaliar através de um estudo de caso qual indicador mais se destacou no IDSS das operadoras de planos de saúde que entraram em regime de direção fiscal em 2011 com base no IDSS 2010.
- Observar a importância do profissional de contabilidade no que tange, principalmente, à qualidade e responsabilidade na elaboração das informações contábeis.

4. ANÁLISE DE DADOS

4.1 ÍNDICE DE DESEMPENHO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – IDSS

A informação contábil desempenha um papel fundamental no processo avaliativo das operadoras de planos de saúde. Por meio dela é possível traçar um parâmetro da situação

econômico-financeira em que operadora encontra-se, por exemplo, e exercer o processo de fiscalização que pode culminar aos extremos de direção fiscal ou direção técnica.

O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS faz parte do programa de Qualificação da Saúde Suplementar que avalia o desempenho das operadoras de planos de saúde e tem como princípios norteadores, segundo a ANS:

- I. A avaliação da estrutura e do processo de produção das ações de saúde, assim como do impacto dessas ações na população beneficiária de planos privados de saúde;
- II. A perspectiva de sistema;
- III. A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores.

Criado pela Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de Novembro de 2006, o IDSS surgiu para ser um mecanismo de avaliação das operadoras com registro junto à ANS e de monitoramento contínuo das informações do setor de maneira sistemática e progressiva.

O IDSS é o resultado do somatório das quatro dimensões avaliadas pela ANS em relação à operadora que são:

1. Qualidade da Atenção à Saúde;
2. Qualidade da Econômico-Financeira;
3. Qualidade de Estrutura e Operação;
4. Satisfação dos Beneficiários.

Onde, tais indicadores seguem as seguintes ponderações conforme descrito pela ANS:

- 50% de ponderação à dimensão de atenção à saúde, que avaliará a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários;
- 30% de ponderação à dimensão econômico-financeira, que consiste na avaliação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assinados de acordo com a legislação vigente;
- 10% de ponderação à dimensão de estrutura e operação, que consiste na avaliação do modo de produção da operadora; e
- 10% de ponderação à dimensão de satisfação dos beneficiários, que consiste na avaliação que o beneficiário fará do cumprimento ao estabelecido em contrato com a operadora.

Além das funções atribuídas ao IDSS acima citadas, há uma preocupação em revelar aos beneficiários e usuários em geral dos planos de saúde informações a respeito da qualidade da operadora contratada ou a ser contratada. Noutros termos, o Programa de Qualificação de Operadoras, o qual o IDSS faz parte, tem o objetivo de: contribuir para aumentar a transparência do setor quanto à sua solidez econômico-financeira e de qualidade de seus produtos; permitir a comparação entre operadoras semelhantes e estimular a concorrência no setor, conforme inciso XXXII do artigo 04 da Lei n 9961.

Para compor as informações contidas no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar avaliadas pela Agência Nacional de Saúde é usado um conjunto de informações enviadas pelas operadoras que são: SIB (Sistema de Informação de Beneficiários), SIP (Sistema de Informação de Produtos), DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Assistência à Saúde), SIF (Sistema Integrado de Fiscalização), RPS (Sistema de Registro de Planos de Saúde) e CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Todos com o objetivo de criar um ranking da qualidade das informações fornecidas pelas operadoras e indicadores estabelecidos pela ANS que visam à manutenção do mercado de saúde suplementar e melhoria tanto para os beneficiários quanto para as operadoras de planos de saúde.

Neste contexto as informações contábeis contribuem, também, significativamente para geração formação do IDSS, principalmente no que tange a avaliação da operadora em relação ao mercado visto que a informação contábil é um instrumento indispensável para análise econômico-financeira das entidades.

Ainda que o IDSS reflita a situação em que a operadora se encontra, com base nas informações receiptadas e avaliadas, ele não é o responsável direto da ocorrência de procedimentos punitivos aplicados pela ANS, tais como: direção fiscal ou direção técnica. Mas acaba sendo um prognóstico da situação em que a operadora se encontra.

Aos beneficiários o IDSS é uma fonte de informação que permite a melhor escolha de um serviço tão básico e tão essencial que é a assistência à saúde e, para tanto a ANS disponibiliza a consulta pública do mesmo via internet tal qual demonstrado na figura abaixo:

Figura 1 - IDSS divulgado ao público, fonte ANS.

CNPJ	04.612.990/0001-70
Razão Social	UNIMED DE MANAUS COOP. DO TRABALHO MÉDICO LTDA
Situação do Registro ANS	Ativa
Total de Consumidores	193.990 - Competência : Setembro/2011
Segmentação	Operadora médico-hospitalar

Programa de Qualificação de operadoras - 2010

Índice de desempenho das operadoras médico-hospitalares:

Atenção à Saúde A ANS mensura aqui processos e práticas realizados pela operadora de planos de saúde para favorecer o acesso necessário e facilitado aos serviços de saúde e o atendimento qualificado, integral e resolutivo dos consumidores.	
	0,40 e 0,59
Estrutura e Operação A ANS avalia neste índice determinados atributos e dimensões da proficiência, desempenho, estrutura e operação das operadoras de planos de saúde, com impacto sobre o nível de saúde dos beneficiários.	
	0,60 e 0,79
Econômico-Financeira A ANS acompanha aqui o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde: elas precisam comprovar com garantias financeiras que possuem equilíbrio suficiente para atender com qualidade e de forma contínua a seus consumidores.	
	0,00 e 0,19
Satisfação dos Beneficiários A ANS mede aqui o quanto as expectativas e necessidades dos beneficiários dos planos de saúde vendidos por essa empresa são atendidas e verifica os motivos da satisfação ou de insatisfação com os serviços prestados.	
	0,60 e 0,79
Índice de Desempenho da Saúde Suplementar	
	0,40 e 0,59

Fonte: dados da pesquisa.

4.2 AUDITORIA NAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

O processo de auditoria independente nas operadoras foi estabelecido pela Lei n 9.656 de 03 de Junho de 1998 conforme abaixo transcrito:

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei no 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

Parágrafo único. A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo normas definidas pelo CNSP.

A auditoria ao longo dos anos tem se mostrado ferramenta fundamental no processo de asseguuração da qualidade das informações contábeis e, em especial, a partir da publicação da Lei 11.638/2007 que levou os procedimentos contábeis adotados no Brasil ao nível de convergência com os padrões internacionais, fato que atribuiu maior responsabilidade aos auditores e maior exigência na qualidade das informações contábeis.

Para as operadoras de planos de saúde o trabalho de auditoria surge como procedimento imposto pela ANS para validar as informações contidas nas demonstrações contábeis publicadas anualmente. Sendo que para tanto o auditor responsável em emitir sua opinião sobre as demonstrações contábeis, apresentadas pelas operadoras, necessita ser registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM.

A partir do ano de 2008 as operadoras de planos de saúde deveriam enviar em conjunto com o DIOPS do primeiro trimestre o parecer de auditoria referente ao exercício de 2007 sobre as demonstrações contábeis. Já em 2009 a ANS incluiu a obrigatoriedade das operadoras enviarem junto ao parecer de auditoria o relatório circunstanciado de auditoria das demonstrações contábeis anuais.

Com a publicação de Instrução Normativa – IN 45 de 15 de Dezembro de 2010 as operadoras de planos de saúde passaram a submeter ao trabalho de auditoria independente, através dos Procedimentos Previamente Acordados – PPA, as Provisões de Eventos/Sinistros a Liquidar trimestralmente e o DIOPS financeiro, sob a pena de rejeição do arquivo DIOPS-XML caso se constate o descumprimento da referida IN, o que acarretaria uma multa de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) prevista pela ANS pelo não envio do DIOPS trimestral.

Os Procedimentos Previamente Acordados de auditoria são um conjunto de verificações a ser realizado pelo auditor independente para validação das informações contábeis contidas no DIOPS e itens relacionados às Provisões/Eventos Sinistros a Liquidar.

4.3 REGIME ESPECIAL DE DIREÇÃO FISCAL

O regime de direção fiscal é um extremo que as operadoras de planos de saúde podem chegar caso descumpram as determinações previstas em lei pela ANS e que está regulamentado pela RN 52 de 14 de Novembro de 2003.

Para César Melo (2003) o regime de direção fiscal objetiva asseverar a situação econômico-financeira da operadora, por intermédio de exame in loco de suas contas, mediante a aplicação de técnicas de auditoria nas demonstrações contábeis e do fluxo financeiro.

A direção fiscal consiste na intervenção da ANS nas operadoras de planos de saúde por meio da nomeação de um diretor fiscal que averiguará a real situação em que se encontra a operadora, principalmente no que tange ao aspecto econômico-financeiro.

Tanto o regime de direção fiscal quanto o regime de direção técnica tem duração máxima prevista em lei de 365 dias, durante os quais são dados plenos poderes ao diretor fiscal na adoção de certos procedimentos tais como:

- Afastamento dos administradores, empregados, conselheiros ou qualquer que descumprir suas determinações;
- Providências necessárias para responsabilização criminal de administradores, conselheiros, empregados ou quaisquer pessoas responsáveis por conduta manifestadamente ilegais;
- Execução de medida que possam sanar irregularidades verificadas na gestão econômico-financeira das operadoras;

- Alienação da carteira e transformação do regime de direção fiscal em liquidação extrajudicial, caso fique constatada a inviabilidade de recuperação da operadora, conforme dispõe o art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998;
- Demais medidas cabíveis.

Face ao exposto acima, fica evidenciado o quanto é importante atender as exigências impostas pela ANS a fim de evitar a instauração de tal regime. Onde, as informações contábeis têm grande parcela de participação no que diz respeito ao regime de direção fiscal, assim como os sintomas da situação em que a operadora se encontra podem ser evidenciados através do IDSS.

4.4. ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OPERADORAS EM DIREÇÃO FISCAL E IDSS

Os indicadores econômico-financeiros são importantes instrumentos de avaliação e acompanhamento das empresas de um modo geral, pois são através deles que podem ser evidenciadas a situação em que a empresa encontra-se ou a tendência econômico-financeira que a mesma segue. Padoveze (2012) faz a seguinte afirmação sobre os indicadores econômico-financeiros: “O objetivo básico dos indicadores econômico-financeiros é evidenciar a posição atual da empresa, ao mesmo tempo em que tentam inferir o que pode acontecer no futuro [...]”.

Para os usuários das informações contábeis os indicadores econômico-financeiros são de grande valia no processo de tomada de decisões quanto ao futuro da empresa. Para as operadoras de planos de saúde além da utilidade gerencial, os indicadores econômico-financeiros são objetos de fiscalização e controle exercidos pela Agência Nacional de Saúde, principalmente no que tange a continuidade e situação econômico-financeira da operadora.

Tendo em vista que a avaliação econômico-financeira é parte integrante do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS e que os indicadores econômico-financeiros retratam a situação em que operadora encontra-se e a tendência que pode estar seguindo, foi elaborado neste trabalho um estudo que consiste na observação da relação estabelecida entre trinta operadoras de planos de saúde escolhidas aleatoriamente que entraram em regime de direção fiscal no período compreendido entre primeiro de Janeiro até quinze de Outubro de 2011 e o indicador econômico-financeiro obtido através do IDSS do ano imediatamente anterior à instauração do regime de direção fiscal, que seria o ano de 2010. A análise dessa relação visa obter o papel das informações contábeis no processo de avaliação do IDSS e refletir sobre qual o índice comum negativamente, dentro das quatro dimensões avaliadas pelo IDSS, ficou mais evidenciado nas operadoras em que foi instaurado o regime de direção fiscal no período citado acima.

Para alcançar os objetivos acima citados, foram selecionadas trinta operadoras que entraram em regime de direção fiscal através da Resolução Operacional – RO atribuídas a cada operadora, tabulando as operadoras em quadros específicos do IDSS conforme publicação anual realizada pela ANS ao público através de seu sítio.

Mas, antes dos resultados obtidos em 2010 verificou-se a situação em que as operadoras encontravam-se distribuídas de acordo com a faixa de IDSS estabelecida pela ANS no ano de 2009 para que se pudesse traçar uma visão geral partindo de uma avaliação sintética de 2009 ao ponto mais analítico em 2010 dos resultados obtidos de tais operadoras.

As operadoras de planos de saúde que entram em regime de direção fiscal no ano de 2011 apresentaram o seu IDSS em 2009 concentrado na faixa 0 a 0,2 que é uma faixa crítica estabelecida pela ANS.

Com a tabulação das trinta operadoras de planos de saúde no IDSS apresentado ao público do exercício de 2010, verificou-se a distribuição das quatro dimensões que compõem o IDSS nas faixas mais críticas, consideradas ruins, e que compreendem a faixa de 0 à 0,4. Através dessa aplicação notou-se que o indicador comum negativamente que mais se destacou foi o indicador econômico-financeiro, correspondendo a 44% das operadoras que se situaram nas faixas consideradas ruins de 0 à 0,4.

Tal verificação demonstra a importância da informação contábil e a relação que mesma tem com a performance do IDSS e o regime de direção fiscal. Embora o IDSS não seja o fator crucial para a instauração do regime de direção fiscal, ele assim como os indicadores de um modo geral apresenta os sintomas de potenciais problemas que a operadora esteja vivenciando ou venha a desenvolver, fato que tem a sua relevância quando trata-se de direção fiscal.

Para Matarazo (2011) os índices servem de medida dos diversos aspectos econômicos e financeiros das empresas e serve como um alerta para elas. E isso torna sua utilidade mais apurada e atrativa para ANS, principalmente no que tange a execução do controle e fiscalização sobre as operadoras de planos de saúde.

Os indicadores que compõem a dimensão econômico-financeira apresentado no IDSS são formados por quatro indicadores principais que são: liquidez corrente, liquidez da necessidade de capital de giro, patrimônio líquido e adicional em garantias financeiras. Tais indicadores apresentam uma situação primária da situação econômico-financeira em que a operadora de plano de saúde se encontra. No entanto, para efeito de uma verificação mais detalhada e aprofundada para determinar a real condição da operadora, para associar ao extremo de direção fiscal, por exemplo, a ANS usa uma série de outros indicadores econômico-financeiros extraídos das informações contábeis apresentadas pelas operadoras e, que segue consta no anexo III deste trabalho.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como foco demonstrar a importância e a utilização das informações contábeis por parte da ANS no que tange, principalmente, ao controle e fiscalização nas operadoras de planos de saúde por parte da agência governamental.

Para tanto, procurou-se mostrar os aspectos mais importantes no processo de geração das informações contábeis das operadoras de planos de saúde, dado que algumas exigências de caráter contábil são específicas do mercado de Saúde Suplementar. Foi demonstrado também o processo de formação das principais garantias financeiras exigidas pela ANS e seus ativos garantidores. Verificou-se ainda as principais obrigações acessórias de caráter contábil e operacional que devem ser atendidas pelas operadoras e que posteriormente contribuem significativamente no processo de qualificação e regulamentação exercido pela ANS. A Demonstração dos Fluxos de Caixa mereceu especial destaque como obrigação acessória contábil por contribuir no controle e fiscalização no que tange, principalmente, o acompanhamento da solvência e saúde financeira das operadoras.

Foi verificado ainda neste trabalho, que as operadoras de planos de saúde que entraram em regime de direção fiscal em 2011 comparadas ao seu IDSS em 2011 apresentaram o indicador econômico-financeiro como destaque negativo nas quatro dimensões que compõem o IDSS. Tal fato não indica necessariamente que o desempenho econômico-financeiro

negativo apresentado por uma operadora seja o fator determinante para a instauração do regime de direção fiscal, no entanto deixa claro que as informações contábeis contribuem fortemente para que tal fato seja detectado.

Logo, ficou evidente a importância que as informações contábeis têm para ANS e para as operadoras de planos de saúde. É ponto pacífico a relevância do profissional de contabilidade no processo de asseguarção da qualidade e produção das informações contábeis visto que a qualidade da informação além de ser verificada pela ANS também é verificada pelo auditor independente devidamente registrado pela CVM, fatos que reforçam o quanto a informação contábil é importante, principalmente, pela responsabilidade exaltada com o advento da Lei 11.638/07.

Sugere-se a continuação deste trabalho no sentido de aprofundar os conhecimentos em relação ao tipo de mensuração de custos aplicado nas operadoras de planos de saúde para maior detalhamento das informações contábeis devido à dificuldade de mensuração e até mesmo da obtenção das informações necessárias para elaboração de tal trabalho. Sugere-se ainda, a verificação *in loco* da participação efetiva do contador no corpo diretivo das operadoras de planos de saúde, uma vez que este é o principal agente no processo de geração das informações contábeis e que, provavelmente, não esteja sendo usado adequadamente pelas operadoras enquanto gestor de tais informações ou não tenha o preparo técnico necessário para atender as exigências feitas pela ANS, dado que pelo estudo de caso apresentado neste trabalho ficou evidenciado que há uma relação entre regime especial de direção fiscal e informação produzida pela contabilidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, Resolução Normativa – RN nº 52, de 14 de Novembro de 2003. Dispõe sobre os Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e das Seguradoras Especializadas em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/legislacao/rn52.pdf>>. Acesso em 5 de setembro de 2011.

_____. Resolução Normativa – RN nº 75, de 10 de Maio de 2004. Dispõe sobre a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/legislacao/rn75.pdf>>. Acesso em 5 de setembro de 2011.

_____. Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de Novembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar no âmbito do Sistema de Saúde suplementar, como parte integrante da política de qualificação da saúde suplementar da ANS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1121>

_____. Resolução Normativa – RN nº 159, de 3 de Julho de 2007. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das

operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1200>. Acesso em: 6 set. 2011.

_____. Resolução Normativa – RN n 173, de 10 de Julho de 2008. Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS. (Redação dada pela Rn n° 274, de 20/10/2011). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1307>. Acesso em: 4 out. 2011.

_____. Resolução Normativa – RN n° 188, de 20 de Março de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=indice&task=Visualizar&format=raw. Acesso em 16 mai. 2013.

_____. Resolução Normativa – RN n° 209, de 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela RN n° 274, de 20/10/2011). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1571>. Acesso em 8 de setembro de 2011.

_____. Resolução Normativa - RN n° 256, de 18 de Maio de 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1751. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Acesso em 16 mai. 2013.

_____. Resolução Normativa - RN n° 274, de 20 de Outubro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0274_20_10_2011.html. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Acesso em 16 mai. 2013.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada** – RDC n 39, de 27 de Outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=380>. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Acesso em: 3 set. 2011.

_____. Instrução Normativa – IN 45/DIOPE, de 15 de Dezembro de 2010. Regulamenta o disposto no § 3° do art. 2°-A da Resolução Normativa – RN n° 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5° da Resolução Normativa – RN n° 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA exigido. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1645>. Acesso em: 28 set. 2011.

_____. **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar** – Qualificação das Operadoras. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

ALENCAR, Bruno Kuffer *et al.* **Anuário Estatístico da Saúde Suplementar**. 6. ed. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, 2011.

ARAÚJO, César Melo. **Estudo para Elaboração do Manual de Procedimentos do Diretor Fiscal de Operadoras de Planos de Saúde para Regimes Especiais**. Dissertação (mestrado) apresentada à ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

BARROCA, João Luis *et al.* **Saúde Suplementar/Conselho Nacional de Secretários da Saúde**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao.htm>. Acesso em: 28 de agosto de 2011.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 06 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em 4 de setembro de 2011.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 3 set. 2011.

BRASIL. Lei nº 11.936 de 28 de dezembro de 2007. Altera e revoga dispositivos da Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976, e da Lei 6.385, de 7 de dezembro de 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111638.htm>.

CPC, Comitê de Pronunciamentos Contábeis. **Pronunciamento técnico 03: Demonstração dos Fluxos de Caixa, - Correlação às Normas Internacionais de Contabilidade – IAS 07**. Disponível em: http://www.cpc.org.br/pdf/CPC_03.pdf>. Acesso em 5 de setembro de 2011.

_____. **Pronunciamento técnico 25: Provisões, Passivos Contingentes e Ativos Contingentes – Correlação às Normas Internacionais de Contabilidade – IAS 35**. Disponível em: <http://www.cpc.org.br/pdf/CPC_25.pdf>. Acesso em 5 de setembro de 2011.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Volume 11 Saúde Suplementar**. 1. ed. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro11.pdf>. Acesso em: 21 set. 2011.

DIAS, Rigoleta Dutra Mediano. **A informação na regulação da saúde suplementar**. Dissertação (mestrado) apresentada à Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissemtacoes_Estudo_economico_financeiro_da_ANS.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2011.

HERNANDEZ PEREZ JUNIOR, José. **Auditoria das demonstrações contábeis: normas e procedimentos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HENDRIX, Eldon S.; BREDA, Michael F. Van. **Teoria da contabilidade**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IUDÍCIBUS, Sergio de *et al.* **Manual de contabilidade societária**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MATARAZZO, Dante Carmine. **Análise financeira de balanços: abordagem gerencial**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, Rosena Maria Bastos de. **Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador**. Dissertação (mestrado) apresentada à Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissemtacoes_Estudo_economico_financeiro_da_ANS.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2011.

NEVES, Silvério das; VICECONTI, Paulo Eduardo. **Contabilidade avançada e análise das demonstrações financeiras**. 15. ed. São Paulo: Frase Editora, 2007.

NIYAMA, Jorge Katsumi *et al.* **Contabilidade para concursos e exames de suficiência**. 1. ed; 2. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, Gustavo Pedro de. **Contabilidade tributária**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Manual de Contabilidade Internacional: IFRS, US Gaap e Br Gaap – teoria e prática**. 1. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito constitucional descomplicado**. 7. ed. São Paulo: Método: 2011.

SANTOS, Izequias Estevam dos. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1998.