

As despesas das operadoras de planos de saúde representam 98% da receita de mensalidades

181 operadoras de planos de saúde, a maioria de pequeno porte, que atendem 2,5 milhões de beneficiários, estão em dificuldades financeiras

Em média, as operadoras de planos de saúde comprometem 98,2% da receita de mensalidades com as despesas totais, de acordo com estudo realizado pela FenaSaúde¹. O referido levantamento foi realizado com base nos dados contábeis de operadoras de planos de saúde para o ano de 2010, disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. O grupo de despesa que mais compromete a receita são as despesas assistenciais (79,8%), ou seja, aquelas geradas pelo provimento da assistência médico-hospitalar ou odontológica ao beneficiário (T1).

Contudo, as receitas das operadoras devem custear, além das despesas assistenciais, as despesas administrativas, que somam 14,9% da receita de mensalidades. As despesas administrativas incluem aquelas com pessoal e de infraestrutura para o funcionamento da operadora, além de tributos, nos quais incluem-se a taxa de saúde suplementar arrecadada pela ANS. Por fim, a receita das operadoras deve cobrir ainda as despesas com a comercialização, que perfazem

T1: Comprometimento da receita de planos de saúde*

2010	%
Receita de mensalidades	100,0
Despesas Assistenciais	79,8
Internações	39,7
Exames	22,2
Consultas	19,7
Terapias	4,4
Outras Despesas Médicas Hospitalares, Ambulatoriais e Odontológicas	14,0
Despesas Administrativas	14,9
Despesa com Pessoal	38,2
Tributos e Outras despesas Adm.	61,8
Despesas de Comercialização	3,5
Resultado Operacional	1,8

Fonte: FenaSaúde/Demonstrações Contábeis ANS-2010
* Estimativa realizada com base nas demonstrações contábeis de 468 operadoras.

¹ No estudo foram utilizadas as demonstrações contábeis de uma amostra de 468 operadoras, disponíveis no site da ANS. A seleção da amostra foi baseada na disponibilidade de dados.

3,5% da receita. Após o pagamento de todas as despesas, o resultado das operadoras é em média de 1,8% da receita.

É importante levar em consideração que estes dados são uma média de mercado. Contudo, a elevada proporção das despesas em relação às receitas torna difícil a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro de algumas operadoras, o que se reflete em intervenções por parte da agência reguladora por meio de direções fiscais. Quando a operadora tem deficiências na prestação do serviço de assistência à saúde, a ANS pode instaurar na empresa deficiente o regime de direção técnica.

Em números, desde 2000, a ANS decretou 589 regimes de direção fiscal ou técnica em operadoras de planos de saúde devido aos desequilíbrios financeiros ou problemas na prestação da assistência à saúde. No mesmo período, 160 operadoras passaram por processos de liquidação extrajudicial pela ANS (F1). E o número de instauração de regime de direção tem se elevado nos últimos anos: 50% dos casos se concentram entre 2009 e o início de 2011.

As Saúde Suplementar

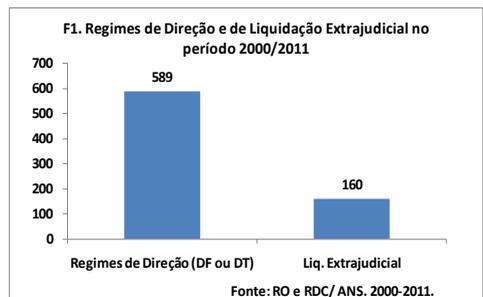
As operadoras de planos de saúde médico e odontológico prestam assistência privada para cerca de 60 milhões de brasileiros, distribuídos em 1.420 operadoras.

Atualmente, 23,9% da população têm plano de saúde médico e 7,6% tem plano exclusivamente odontológico.

Estima-se que o setor de saúde suplementar realizou mais de 185 milhões de consultas médicas e 4,8 milhões de internações em 2010: média de 4,9 consultas médicas por beneficiário e 12 internações para cada 100 beneficiários (Caderno de Inform. da ANS-Mar/2011).

Os desafios da Saúde Suplementar

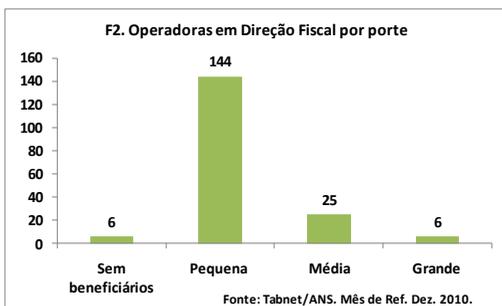
O custo *per capita* da assistência prestada aos beneficiários de planos de saúde cresce a taxas superiores à inflação geral. Por exemplo, para o período de 12 meses contados a partir de julho de 2009 a junho de 2010 (em relação a julho de 2008 a junho de 2009) a variação dos custos médicos hospitalares foi de 9,4% (VCMH/IESS), enquanto o IPCA no mesmo período foi de 4,8%.



Adicionalmente, o reajuste dos planos de saúde de contratação individual é controlado pela ANS. Historicamente, o reajuste autorizado pela ANS é abaixo do necessário para as operadoras compensarem o crescimento do custo *per capita* com a assistência à saúde. A diferença entre a variação dos custos de saúde e do reajuste da ANS tem sido um dos fatores para muitas operadoras acumularem desequilíbrios econômico-financeiros difíceis de serem revertidos.

A falência de operadoras de plano de saúde não é desejável, principalmente para o beneficiário. A ANS fiscaliza a situação econômico-financeira e de qualidade de assistência à saúde das operadoras e pode decretar regimes de direção fiscal e/ou técnica. Esta fiscalização é importante e necessária, pois protege o consumidor. No entanto, em 27% dos casos de instauração de direção fiscal ou técnica as operadoras sob intervenção da ANS não conseguiram sanar as dificuldades econômico-financeiras e tiveram decretado o regime de liquidação extrajudicial.

Atualmente², há 181 operadoras, com dificuldades econômico-financeiras, em regime de direção fiscal, de acordo com dados do IESS baseados em resoluções operacionais da ANS. Em dezembro de 2010, essas operadoras possuíam 2.464.370 beneficiários, correspondendo a cerca de 4% do total de beneficiários de planos de saúde. As operadoras com dificuldades financeiras estão localizadas principalmente na região Sudeste, 58%. A região Nordeste possui o segundo maior número, 17%.



A maior parte das operadoras em regime de direção fiscal é de pequeno porte (79%), ou seja, possuem até 20.000 beneficiários (F2). Isso indica que as pequenas operadoras enfrentam maiores dificuldades econômico-financeiras e administrativas, em consequência, entre outros, do

próprio porte da carteira de beneficiários.

² Até 4 de maio de 2011.

Considerações

Os custos em saúde são elevados e crescem a taxas superiores aos índices de preços da economia. Como consequência, as despesas das operadoras de planos de saúde comprometem fração significativa, 98,2%, das receitas das mensalidades. As despesas elevadas dificultam a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, principalmente das pequenas operadoras, que representam 66% do total de operadoras e 79% das operadoras em regimes de direção fiscal e técnica.

O aumento do número de operadoras em regimes de direção fiscal e técnica, nos últimos anos, indica que o setor de saúde suplementar tende a se consolidar, com a permanência no mercado das operadoras mais sólidas e de maior porte.

O IESS

Entidade sem fins lucrativos, apoiada por operadoras de planos de saúde, com o objetivo de promover e realizar estudos sobre saúde suplementar

Atuação

O IESS focaliza sua atuação na defesa de aspectos conceituais e técnicos que deverão servir de embasamento teórico para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. Assim, preparando o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, mas também aproveitando as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos os cidadãos.

Visão

Tornar-se referência nacional em estudos da saúde suplementar pela excelência técnica, pela independência, pela produção de estatísticas, propostas de políticas, pela promoção de debates que levem à sustentabilidade das operadoras e contínua qualidade do atendimento aos beneficiários.

Missão

Ser agente promotor da sustentabilidade da saúde suplementar pela produção de conhecimento do setor e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões.

Valores

Integridade, qualidade, excelência, rigor científico, cidadania, ética.

**IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar | Rua Joaquim Floriano, 1052 - Conj. 42
CEP: 04534-004 - Itaim Bibi - São Paulo - SP | Tel.: (11) 3706-9747**

Contato: Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo | lacarneiro@iess.org.br

www.iess.org.br