



DISCLOSURE NA SAÚDE SUPLEMENTAR: uma análise sob a ótica dos beneficiários de planos de saúde

Rosicleide Nascimento da Silva Cunha – UFPB – rosi.nasc.cunha@hotmail.com
Prof^ª Ms. Marília Augusta Raulino Jácome – UFPB – raulino.marilia@gmail.com
Prof^ª Dr^ª Márcia M^a de M. Travassos Saeger – UFPB – prof.marciasaeger@gmail.com
Prof^ª Ms. Tabira de Souza Andrade – UFPB – tabirandrade@yahoo.com.br

RESUMO

Este trabalho analisou o *disclosure* na saúde suplementar sob a ótica dos beneficiários dos planos de saúde. Para tanto, se utilizou um *survey* elaborado pelos autores, compartilhado via plataforma online *google forms*, que, após o pré-teste, foi composto por 03 partes: a caracterização dos respondentes, o perfil do respondente na saúde suplementar e a percepção do *disclosure*. A análise dos dados mediante o cálculo da frequência das respostas, bem como a utilização das médias para a comparação das respostas entre os grupos de beneficiários, por plano de saúde, principalmente relacionado à expectativa quanto ao Índice de Sustentabilidade no Mercado (IDSM), sugeriu que as expectativas dos beneficiários podem, em alguns casos, serem consideradas irrealistas, uma vez que eles superdimensionam a situação financeira de suas Operadoras de Planos de saúde (OPS). Os resultados sugerem que os beneficiários de planos de saúde atribuem um alto grau de importância às informações financeiras e contábeis, contudo, ainda assim, demonstraram insipiência no aspecto de acesso a estas. Esta insipiência se confirma quando analisada de forma comparativa com outras questões, em que 67% dos beneficiários afirmaram nunca acessarem o site da Agência Nacional de Saúde (ANS), e ainda, 70% do total de participantes da pesquisa possuem plano de saúde há pelo menos 5 anos, o que implica em uma preocupação quanto à necessidade de se buscar novas formas ou canais de comunicação com o público de beneficiários.

Palavras-chave: *Disclosure* (divulgação); Saúde suplementar; beneficiários dos planos de saúde; Operadoras de planos de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Na década de 30, houve um aumento da necessidade por assistência médico/hospitalar para saciar a classe trabalhadora. Nesse aspecto, a Constituição Federal de 88 tutelou, em seu ordenamento, a responsabilidade ao Estado brasileiro, surgindo o Sistema Único de Saúde (SUS) como mecanismo de prestação de assistência à população. Com o SUS, nasce também a grande procura pelos seus serviços e a posterior notória precariedade na prestação de saúde deste sistema. Entre os principais problemas, destacam-se a demora nos atendimentos, grande quantidade de cidadãos esperando, falta de capacidade estrutural, sendo estes apenas alguns dos entraves encontrados no Brasil. Com essa clara necessidade, diversos acordos de financiamentos e provisões surgiram para preencher a falha desse sistema, culminando na criação de



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



serviços médico/hospitalares privados e, por sua vez, o surgimento das operadoras de planos de saúde (OPS), com o intuito de dar suporte à saúde pública no Brasil.

Diante deste declínio da saúde pública, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que nasceu por meio da edição da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, sendo esta responsável pela normatização dos planos de saúde no Brasil, regulando os serviços prestados na saúde privada. Importa destacar que a regulação ocorre mediante a garantia do fornecimento dos serviços prestados pelo setor da saúde suplementar, sendo assim estabelecidos os direitos e garantias dos usuários das OPS, criando normas mais rígidas na atuação das operadoras. Cecílio e Merhy (2004) defendem que essa regulamentação se deu devido a observação dos comportamentos analisados com relação aos consumidores de planos de saúde, aos portadores de patologias e aos médicos, numa relação de força entre eles. Ainda destacam que existia sempre a ameaça entre os direitos à assistência e à autonomia profissional, numa tendência à racionalização das práticas das operadoras, seguindo a lógica do mercado.

Atualmente, a ANS vem desempenhando um importante papel na regulação dos serviços do setor da saúde suplementar, mas não garante, com isso, uma saúde financeira resiliente para os planos por ela assistidos. Contudo, por meio da regulação, a ANS oferece aos beneficiários a divulgação (*disclosure*) das informações assistenciais e econômico-financeiras das OPS, a fim de que estes busquem meios para escolher de forma racional seus planos de saúde. Com isso, apesar da importância de a divulgação ser latente, essa pesquisa se propôs a investigar a seguinte questão: ***qual a percepção dos beneficiários dos planos de saúde acerca do disclosure na saúde suplementar?***

Possuindo, por sua vez, o objetivo de analisar a percepção dos beneficiários dos planos de saúde acerca do *disclosure* na saúde suplementar, explorando alguns aspectos referentes à propagação das informações assistenciais e financeiras pertencentes às empresas que oferecem planos de saúde, visando identificar a qualidade dos dados prestados aos seus usuários. A relevância desta pesquisa se perfaz na abrangência de atuação desse segmento da saúde suplementar, que possui mais de 47 milhões de brasileiros com planos privados de saúde e ainda cerca de 1.038 OPS, movimentando um valor médio de 145 bilhões de reais em receitas de contraprestações em 2018 (ANS, 2019). Neste panorama, os dados aqui levantados foram captados por meio de um *survey*, com a participação de 200 pessoas que possuíam planos de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EVIDENCIAÇÃO (*DISCLOSURE*)

Evidenciação ou *disclosure* está ligado aos objetivos informacionais da Contabilidade, ao garantir o acesso, por meio da divulgação de informações diferenciadas para os vários tipos de usuários (IUDICIBUS, 2004). Assim, de forma mais ampla, engloba a ação de corroborar com a propagação das informações relacionadas a determinada atividade de uma entidade, compondo então os relatórios contábeis.

Conforme entendimento da FIPECAFI (2010), as demonstrações contábeis são as principais ferramentas que oportunizam a Contabilidade ao cumprimento do seu papel de prover informações relevantes e fidedignas para a tomada de decisão. Nesse



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



sentido, é objetivo destas demonstrações fornecerem informações sobre a posição patrimonial e financeira da entidade, além de apresentar os resultados da atuação da administração e sua capacidade de prestar contas quanto aos recursos que lhe foram confiados (FIPECAFI, 2010).

Na mesma perspectiva, Niyama e Gomes (1996) salientam que a evidenciação se interliga com a qualidade das informações financeiras e econômicas, sobre as operações, recursos e obrigações de uma entidade. No entanto, ressalta-se que estas informações necessitam ser úteis aos usuários, podendo-se entender por “útil” aquelas que, de alguma forma, influenciem na tomada de decisões em relação à entidade e ao acompanhamento da evolução patrimonial, oportunizando, inclusive, a projeção de cenários futuros.

Corroborando a ideia acima, Lanzana (2004) aponta o *disclosure* como um fator crítico para a tomada de decisão, especificamente porque as empresas fornecem informações por meio de seus relatórios financeiros, incluindo os demonstrativos financeiros, notas de rodapé e ainda outros tipos de documentos que possam ser exigidos pelos órgãos reguladores de cada segmento específico.

Acerca dessas exigências, observa-se a crescente busca por mais transparência e por mais qualidade na evidenciação de informações aos usuários, o que pode trazer impacto e relevância à medida que a empresa procura ampliar seu negócio, nacional e/ou internacionalmente (Savvides & Savvidou, 2012).

É certo que, por estas exigências regulatórias e as advindas do próprio usuário da informação, as organizações buscam adotar práticas de mercado que proporcionem maiores níveis de segurança e mitigação de risco de as informações não serem dotadas das características qualitativas requeridas pelos usuários. Sobre isto, Hidalgo, García-Meca e Martínez (2011) afirmam que, por meio de seu conjunto de melhores práticas, a governança corporativa pode auxiliar às organizações na redução da assimetria informacional, à medida em que aumenta o *disclosure* e a confiabilidade das ações organizacionais, conferindo aos investidores, empregados e credores um maior grau de proteção, o que por sua vez se tornará fundamental para o eficaz funcionamento das empresas, principalmente as inseridas no mercado de capitais.

Segundo Elshandidy e Neri (2015), o *disclosure* de informações ocorre de forma voluntária, e possui caráter proativo, espontâneo, ou de forma compulsória, de caráter reativo, decorrente de uma regulamentação que estabelece os requisitos mínimos para se divulgar determinadas informações, especialmente os riscos. Assim, imputa-se à ANS, como órgão regulador da saúde suplementar, a competência regulatória do setor, incluindo a instituição de mecanismos de transparência, divulgação e acesso à informação por parte dos beneficiários, sendo estas referente às áreas assistencial, financeira e econômica das OPS, objetivando garantir a qualidade do serviço prestado aos beneficiários dos planos de saúde. De forma material, a Tabela 1 demonstra os mecanismos de acesso e divulgação de informações que se encontram disponíveis no sítio da ANS.

Tabela 1 - Informações disponibilizadas pela ANS

Categorias de acesso à informação	Subcategorias	Descritivo da subcategoria
-----------------------------------	---------------	----------------------------



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



Planos de operadoras	Espaço do consumidor	Informações sobre cobertura de planos, prazos de atendimento, carência, reajustes, reclamações.
	Informações e avaliações de Operadoras	Consultar dados e planos da Operadora, Monitoramento da garantia de atendimento, Programa de Qualificação de Operadoras, Índice de reclamações, Acreditação das Operadoras, Operadoras em Regime Especial de Liquidação ou Falência.
Dados do setor	Dados e indicadores do setor	Informações gerais, Beneficiários de planos privados de saúde, Operadoras de planos privados de saúde, Dados financeiros, Demonstrações Contábeis, Sala de situação, Dados assistenciais por semestre, Planos privados de saúde e baixar base de dados.
	Dados gerais	Beneficiários de planos privados de saúde (por cobertura assistencial), Beneficiários por época de contratação do plano, Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários, Taxa de cobertura (%) por plano de saúde, Operadoras com beneficiários, Receita e despesas de contraprestação das operadoras.
	Normas mais acessadas	Tópicos de legislações e normativos mais acessados.
	Dados abertos	A divulgação dos dados em formato aberto pode gerar inúmeros efeitos positivos para a sociedade: mais transparência sobre a ação governamental; estímulo ao acompanhamento de políticas públicas; estímulo à melhoria de resultados do governo; melhoria do intercâmbio de informações entre os órgãos e esferas de governo; melhor suporte à tomada de decisão e avaliação pelo cidadão; estímulo à inovação e pesquisa.
Prestadores	QUALISS - Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde	Fornecer informações para ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral.

Fonte: Retirado do site da ANS (2019).

As categorias de acesso à informação são estabelecidas de acordo com a disposição exposta no sítio eletrônico da ANS: planos e operadoras, dados do setor e prestadores. Importa ressaltar que todas as informações destacadas na Tabela 1 são de livre acesso e não requerem qualquer identificação do usuário para que sejam acessadas. Ainda se torna oportuno ressaltar que, por meio das subcategorias, os usuários de planos de saúde podem obter informações gerais e/ou específicas do cenário nacional da saúde complementar e ainda o detalhamento de desempenho ou performance assistencial ou econômico-financeira da sua OPS.

Por meio da subcategoria “informações e avaliações de Operadoras”, os usuários podem acessar a situação de Operadoras em Regime Especial de Liquidação ou Falência, ou seja, aquelas Operadoras que obtiveram o cancelamento do registro de funcionamento emitido pela ANS ou que possuíram o estado de falência decretado. Importante destacar que, ao garantir o acesso a estas informações, a ANS oferece ao usuário a possibilidade de monitorar a OPS que é responsável por seu plano de saúde e ainda oportuniza a migração para outra OPS que possua melhores condições de solvência no mercado.



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



Acerca da subcategoria “Dados e indicadores do setor”, implica destacar que o usuário da saúde suplementar obtém acesso às Demonstrações Contábeis das OPS, incluindo o Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados, no entanto, é importante atentar que, para a interpretação dos demonstrativos contábeis são necessários conhecimentos técnicos específicos. Nesse sentido, adicionalmente, a referida subcategoria disponibiliza itens específicos destas Demonstrações, como: patrimônio líquido, ativos e passivos de curto e longo prazo, podendo ser interpretado como um recurso de fácil acesso aos que não compreendem os aspectos técnicos da contabilidade.

Neste panorama, podemos ressaltar que, apesar da existência de várias formas de evidenciação, o objetivo central desse processo engloba, acima de tudo, a apresentação de informações quantitativas e qualitativas de uma entidade, cujo segmento específico tratado nesta pesquisa é o da saúde suplementar, a ser tratado no tópico a seguir.

2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR

Com o crescimento do setor de saúde suplementar, resultando em maior quantidade de OPS ofertando serviços no mercado, a utilização da informação tornou-se ainda mais relevante, pois é por meio dela que os detentores tendem a tomar decisões mais benéficas e assertivas. Mediante a expansão desse segmento de mercado, foi criada a ANS, por meio da Lei nº 9.961/00, como Órgão Regulador da Saúde Suplementar Brasileiro.

De acordo com Moreira (2012), a criação de uma entidade reguladora da saúde pode ser traduzida efetivamente na criação de um mercado de cuidados de saúde, em que os atores principais, entidades empresariais - OPS e beneficiários - estão sujeitos a uma lógica de mercado, em que há a oferta e remuneração pelos serviços e, em contrapartida, os beneficiários demandam os serviços.

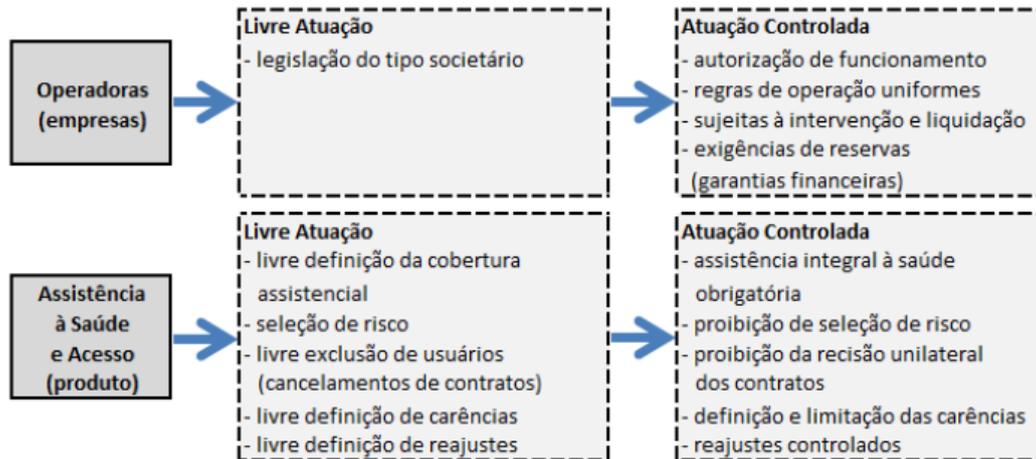
Assim, a partir da regulação, por meio da ANS, o Estado passou a intervir no mercado, criando novas regras e alterando as que estavam em andamento, onde as OPS fornecem as suas informações assistenciais, de mercado e financeiras/contábeis à ANS e ainda divulga aos seus beneficiários, fazendo emergir uma situação de redução de assimetria informacional, aonde cada beneficiário obtém informações para subsidiar as decisões de consumo e investimentos.

Nesse sentido, podemos observar os apontamentos de Leal e Matos (2009), quando retratam que os avanços obtidos com o processo regulatório em dez anos de vigência da Lei, podem ser identificados em várias dimensões: estabelecimento de condições de ingresso e operação, comunicação e informação, monitoramento econômico-financeiro, regulação de preço e, especialmente, delimitação da cobertura assistencial básica obrigatória.

Montone (2002) ilustra o comparativo do setor de saúde suplementar em dois momentos: antes e depois da regulação (Figura 1).



Figura 1. Comparativo do setor de saúde suplementar

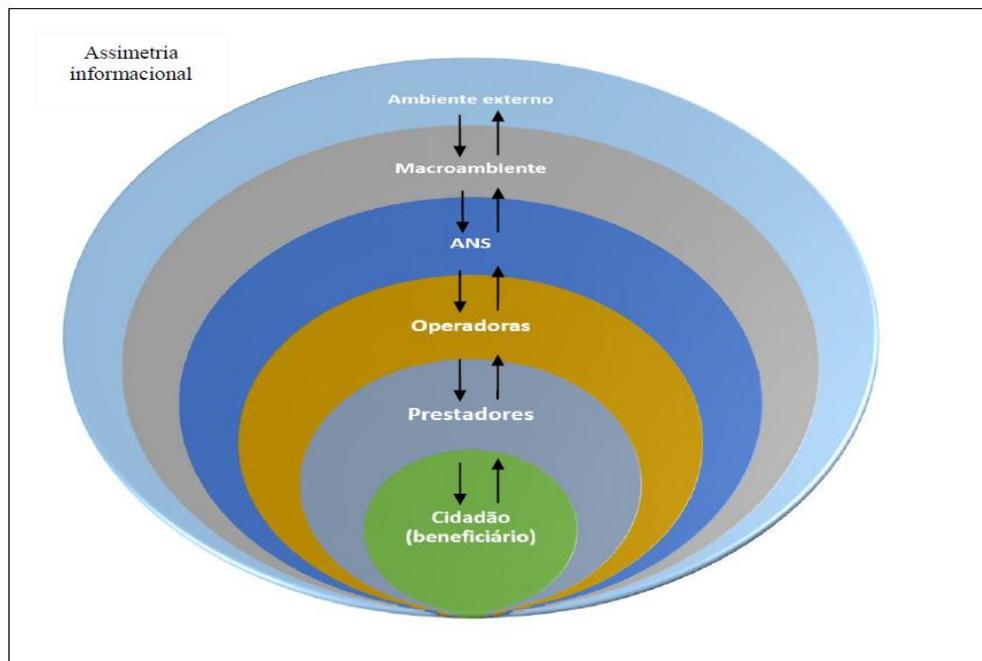


Fonte: Montone (2002).

Vê-se que os cenários foram bastante modificados com a inserção da regulação. Isso se aplica tanto em relação às OPS quanto em relação ao próprio produto ou serviço oferecido aos beneficiários. Em certa medida, a regulação pode ser considerada como um mecanismo para a redução da assimetria informacional, decorrente da atuação fiscalizatória e de monitoramento exercida pela ANS.

Sobre esta assimetria, no cenário da saúde suplementar esta pode ocorrer entre os prestadores de serviços de saúde, ou seja, as OPS, os beneficiários e a ANS, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Conflitos de agência entre os agentes da saúde suplementar



Fonte: Jácome (2018).

Ainda como o principal marco regulatório do setor, cita-se a publicação da Lei nº 9.656/98, que trouxe a inserção de obrigações, direitos e deveres aos atores envolvidos nas relações da saúde suplementar. Destaca-se que por causa do estabelecimento de dispositivos sobre os planos e os seguros privados de assistência à saúde, essa Lei foi considerada um marco, trazendo uma nova realidade para o mercado de saúde suplementar, introduzindo uma série de exigências financeiras e técnicas, assim, notadamente, a regulação vem alcançando novos patamares atrelados à asseguaração em favor dos beneficiários da saúde suplementar.

Neste contexto, as relações entre beneficiários e prestadoras de serviços se caracterizam por sua complexidade. Onde, de um lado, estão os beneficiários com urgências médicas e cirúrgicas, e do outro, a prestadora de serviço para atender a demanda. Contudo, nesta relação contratual, a hipossuficiência dos beneficiários é mais equilibrada com o auxílio da regulação, que, por sua vez, promove a busca por maiores mecanismos de transparência de divulgação de informações.

3 METODOLOGIA

Este trabalho tem como caracterização uma pesquisa de levantamento com abordagem quantitativa, que fará a mensuração da percepção dos beneficiários quanto ao *disclosure*, utilizando um instrumento de pesquisa elaborado pelos autores composto por 03 partes: I – Caracterização dos respondentes, II – Perfil do respondente na saúde suplementar e III – Percepção do *disclosure*. Anterior à aplicação do questionário, foi realizado um pré-teste com cinco beneficiários de planos de saúde, com o objetivo de obter opiniões relacionadas à compreensão e adequação das questões, resultando em ajustes e melhoria na redação de algumas questões.



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



O questionário foi elaborado e compartilhado via plataforma online *google forms* e em sua composição existiam 02 questões na parte I, 03 questões na parte II e 12 questões na parte III, totalizando 17 questões com respostas objetivas e discursivas.

Este trabalho tem como objetivo central a análise do *disclosure* na saúde suplementar sob a ótica dos beneficiários dos planos de saúde, considerando que estes necessitam de informações para a tomada de decisão e monitoramento dos seus respectivos planos de saúde.

A população de interesse foi a sociedade de modo geral, enquanto beneficiários de planos privados de saúde, entretanto, para fins de análise, estes beneficiários foram subdivididos em grupos, conforme a faixa etária, visando verificar as diferenças em seus níveis percepção, totalizando 200 respostas válidas. Os subgrupos possuíam a divisão de beneficiários por OPS.

O exame dos dados ocorreu mediante uma análise da frequência das respostas, bem como a utilização das médias para a comparação das respostas entre os grupos de beneficiários, por plano de saúde, principalmente relacionado à expectativa quanto ao Índice de Sustentabilidade no Mercado, exposto no gráfico 1.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante dos dados levantados, oriundos da primeira parte da pesquisa, em que se propôs caracterizar um perfil dos respondentes, a tabela 1 sintetiza as respostas quanto à faixa etária; formação acadêmica e tempo que possui plano de saúde. A amostra foi formada por 200 respostas válidas, conforme tabela a seguir.

Tabela 1 - Perfil dos usuários das OPS

Perfil dos respondentes	Frequência (n)	Percentual %
Faixa etária		
Até 25 anos	39	20%
De 26 anos a 35 anos	61	31%
De 36 anos a 45 anos	42	21%
De 45 anos a 55 anos	30	15%
Mais de 55 anos	28	14%
	200	100%
Formação		
Ensino fundamental	3	2%
Ensino médio	25	13%
Graduação incompleta	36	18%
Graduação completa	60	30%
Pós-graduação	76	38%
Total	200	100%
Tempo que possui plano de saúde		
Até 2 anos	35	18%
Acima de 2 anos até 5 anos	26	13%
Acima de 5 anos até 8 anos	36	18%
Acima de 8 anos	103	52%



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



Total	200	100%
--------------	------------	-------------

Fonte: Pesquisa (2019).

Identifica-se que na faixa etária até os 45 anos, se concentram 72% dos respondentes, no entanto, 51% do total dos participantes estão agrupados até 35 anos, demonstrando a pluralidade da amostra, o que oportuniza as análises e divisões dos grupos conforme a faixa etária

Ainda acerca da caracterização da amostra, outro dado bastante relevante a ser evidenciado diz respeito à formação (nível de escolaridade) dos envolvidos na pesquisa, em que 68% possuem graduação completa e/ou pós-graduação, observando-se assim a predominância de um nível elevado de qualificação educacional, sendo este, então, um grupo de pessoas que, culturalmente, demonstram uma aptidão maior no que tange à preocupação em buscar e questionar os serviços prestados pelas OPS. Além disso, considerando o nível de escolaridade predominante, sugere-se que os respondentes possuem um nível mediano quanto à possibilidade de compreensão das informações divulgadas pela ANS.

Importa destacar que 70% dos respondentes possuem plano de saúde há mais de 5 anos, o que remete afirmar que os usuários possuem uma familiaridade maior com as informações de um plano de saúde, conhecendo, então, os aspectos que o envolvem.

A tabela 2 torna explícita a composição da amostra da pesquisa, com beneficiários de 13 planos de saúde distintos, no entanto, os planos de saúde mais utilizados foram: a Unimed, com um total de 46%, em seguida a Geap com 11% e em terceiro lugar, o Bradesco com 7%.

Tabela 2 - Planos de saúde dos beneficiários

Plano de saúde	Frequência (n)	Percentual %
Amil	10	5%
Hapvida	7	4%
Bradesco	13	7%
Caixa saúde	3	2%
Capesaúde	2	1%
Cassi	4	2%
Fusex	2	1%
Geap	21	11%
One Health	2	1%
Saúde Caixa	3	2%
Esmile	10	5%
Sulamérica	2	1%
Unimed	91	46%
Não informado	30	15%
Total	200	100%

Fonte: Pesquisa (2019).

Questionados acerca das opções de obtenção de informações assistenciais, financeiras e econômicas das OPS, 78% dos respondentes sinalizaram que não acessam



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



o site da ANS, mesmo considerando que este órgão regulador divulga as informações de monitoramento e avaliação das OPS, conforme exposto na tabela 3.

Tabela 3 - Acesso ao site e às informações

Acesso ao site	Frequência (n)	Percentual %
Sim	44	22%
Não	156	78%
Acesso a Sala de situações	Frequência (n)	Percentual %
Sim	21	11%
Não	179	89%

Fonte: Pesquisa (2019).

Sobre o acesso à sala de situações, 89% afirmaram não buscar informações neste canal, nem tampouco acessá-lo. Contudo, a importância deste acesso remete à definição de que a sala de situações é uma área interativa com as informações mais atualizadas da saúde suplementar, organizadas em formato de painel de controle, fornecendo um amplo panorama do setor e das operadoras de planos de saúde (ANS, 2019).

Nesse sentido, considerando a inexistência do acesso às informações disponibilizadas online por meio da plataforma online da ANS, a tabela 4 retrata as respostas quanto às fontes de informações que os beneficiários utilizam para se manterem atualizados ou para a busca de maiores detalhes informacionais, cujo resultado indica que 44% não utilizam qualquer meio de comunicação para obter informações sobre suas OPS, 27% afirmam que, em casos de necessitarem de mais informações, estes acessam o site das OPS e ainda 17% afirmam se manterem informados por meio do envio de boletins enviados pelas próprias OPS.

Tabela 4 - Fontes de informações e motivos de acesso

Fonte de informação sobre o seu plano de saúde	Frequência (n)	Percentual %
Noticiários de televisão.	23	11%
Jornal impresso.	1	1%
Acesso pelo site da OPS.	53	27%
Boletins enviados pelas OPS.	34	17%
Não utilizo meios para obter informações.	89	44%
Motivo do acesso	Frequência (n)	Percentual %
Consultar os valores de reajustes das mensalidades.	16	8%
Retirar dúvidas sobre os contratos de plano de saúde.	23	12%
Consulta aos direitos dos beneficiários (carências, prazos de atendimento).	20	10%
Consultar as informações financeiras e contábeis das OPS.	6	3%
Nunca acabei o site da ANS.	135	67%

Fonte: Pesquisa (2019).



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



Ao se questionar acerca dos motivos que levariam os beneficiários a consultar o site da ANS, obteve-se como resultado que, consoante aos resultados anteriores, 67% dos respondentes afirmaram a total falta de acesso ao site da ANS, no entanto, 12% sinalizaram que as dúvidas sobre os contratos dos planos de saúde seriam o motivo principal que os fariam acessar o site da ANS. Por motivo de consulta aos direitos dos beneficiários (carências e prazos de atendimento), 10% dos respondentes afirmaram a realização do acesso ao site e consulta de informações da ANS acerca deste assunto. Ainda 8% sinalizou que as consultas aos valores de reajustes das mensalidades seria o motivo pelo qual acessariam o site da ANS.

Nesse sentido, os resultados corroboram com a afirmação de Andrade e Maia (2009), de que a divulgação (*disclosure*) reduz a assimetria, proporcionando maior equilíbrio informacional entre os agentes da relação estabelecida na saúde suplementar.

Assim, embasando-se nos resultados acima expostos, que indicam que os beneficiários permanecem ainda buscando informações de maneira insipiente, mesmo que após o uso do plano de saúde há mais de 5 anos, questionou-se acerca do processo que antecede a contratação do plano de saúde, considerando-se o pressuposto de que estes beneficiários, após a contratação, podem se valer da relação de confiança e contratual existente entre eles e as OPS, o que resultaria na falta de monitoramento das informações destas.

No entanto, a tabela 5 demonstra que, ainda no processo que antecede a contratualização, apenas 4% consideram que as informações sobre os aspectos de qualidade das OPS (disponíveis no site da ANS) é um fator que os levaria a escolher um plano de saúde. Ainda 3% afirmaram que os dados contábeis e financeiros disponíveis no site da ANS seria um fator principal para que escolhessem um plano de saúde, 3% imputaram a divulgação do Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS) como um fator de escolha de um plano de saúde. No entanto, 81% dos respondentes afirmaram que o principal fator para a escolha do plano de saúde é o valor e a cobertura deste, corroborando então com os resultados que demonstram o acesso insipiente às informações disponibilizadas pelo site da ANS.

Tabela 5 - Fatores que levam os usuarios a escolherem um plano de saúde

Principais fatores para a escolha do plano de saúde	Frequência (n)	Percentual %
Dados contábeis e financeiros disponíveis no site da ANS	5	3%
Informações sobre os aspectos de qualidade das OPS (disponíveis no site da ANS)	8	4%
O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (disponível no site da ANS)	5	3%
O valor do plano de saúde e a cobertura	163	81%
Indicação de amigos e familiares	19	9%

Fonte: Pesquisa (2019).

Nesse sentido, importa destacar que Dantas, Zendersky e Niyama (2008) ressaltam que para alcançar a transparência pretendida com o *disclosure*, a instituição deve divulgar informações qualitativas e quantitativas que possibilitem aos usuários formar uma compreensão das atividades e que os auxiliem na tomada de decisões.



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



Assim, os resultados demonstrados na tabela 5 sugerem conflito entre o que foi defendido por estes autores e a realidade fática dos pesquisados, uma vez que, as informações divulgadas não são consideradas como fatores principais no processo de escolha do plano de saúde.

Em contraponto ao baixo índice de respondentes que indicaram que os dados contábeis e financeiros seriam fator principal para a escolha do plano de saúde, a tabela 6 demonstra que 63% dos respondentes afirmaram acerca da importância do acesso às informações, especificamente contábeis e financeiras, para assegurar que as OPS terão saúde financeira para oferecer os serviços contratados pelos beneficiários.

Tabela 6 - Importância do acesso às informações contábeis e financeiras

Importância do acesso às informações contábeis e financeiras	Frequência (n)	Percentual %
É preciso analisar o equilíbrio financeiro das Operadoras de Planos de Saúde.	29	14%
Para assegurar que as OPS terão saúde financeira para oferecer os serviços contratados.	126	63%
Para ter ciência e se manter informado(a).	38	19%
Para consultar as quantidades de beneficiários e os índices de evasão	7	4%

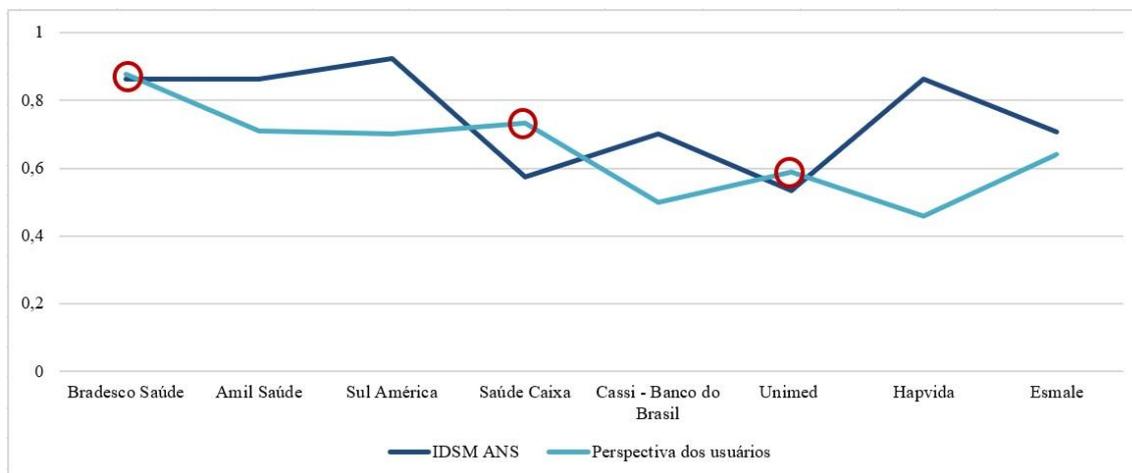
Fonte: Pesquisa (2019).

Assim, ainda que haja a compreensão acerca da importância da informação contábil e financeira, os beneficiários demonstram insipiência no quesito “acesso” à informação.

É possível ainda depreender que o baixo índice de acesso às informações financeiras e contábeis, apresentados na tabela 5, podem resultar em diferenças de expectativas entre os beneficiários e a realidade fática das OPS, no que se refere à saúde financeira destas, que é retratada por meio da divulgação do Índice de Sustentabilidade no Mercado (IDSM), cujos parâmetros são de 0,0 a 1,0 em que, quanto mais próximo de 1,0 melhor é a situação da OPS.

Esse índice considera o monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, capturando ainda a satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores (ANS, 2019). Assim, a figura 3 representa a média da opinião do usuário, quanto ao IDSM da sua OPS e ainda o IDSM real divulgado pela ANS.

Figura 3. Índice e Sustentabilidade no Mercado do ano de 2017



Fonte: ANS e Pesquisa (2019).

O *gap* de expectativas é expresso nos pontos especificados na figura 3, e representa uma expectativa superdimensionada dos beneficiários em relação à realidade financeira e econômica das suas respectivas OPS. Cumpre destacar que, dos 13 beneficiários da Bradesco saúde que responderam a pesquisa, 8 atribuíram a nota máxima (1,0), contudo, o gráfico demonstra os valores médios atribuídos por estes e o IDSM real divulgado pela ANS. Em relação aos usuários da Unimed, dos 91 beneficiários respondentes, apenas 8 atribuíram nota máxima (1,0), enquanto que 13 beneficiários atribuíram nota 0,2 (quase o índice mínimo).

Esses resultados sugerem que a falta de acompanhamento da realidade financeira e econômica das OPS podem contribuir para o aumento do *gap* de expectativas dos beneficiários. No entanto, ainda que em algumas OPS essa lacuna seja latente, a menor parte dos beneficiários possuem expectativas mais próximas da realidade das OPS.

Por fim, os respondentes indicaram o grau de importância atribuída a cada uma das assertivas mencionadas na tabela 7. Observa-se, portanto, que 76% dos respondentes asseguraram que as informações contábeis são relevantes para a análise do equilíbrio entre o patrimônio da OPS e seu endividamento, portanto, devem ser disponibilizadas no site da ANS.

Sobre isto, Oliveira *et al.* (2017) afirmam que por meio da contabilidade os usuários não somente identificam a situação econômico-financeira, mas também podem compreender como as entidades trabalham aspectos de produtividade, qualidade e estratégia, sendo, dessa forma, indispensáveis para a avaliação da situação patrimonial, corroborando o grau de importância elevado apontado pelos respondentes.

Tabela 7 - Grau de importância para as afirmativas

	Grau de importância	Frequência (n)	Percentual %
As informações contábeis são relevantes para a análise do equilíbrio entre o patrimônio da OPS e seu endividamento, portanto devem ser disponibilizadas no site da ANS.	Não é importante	10	5%
	Pouco importante	19	10%
	Indiferente	19	10%
	Importante	78	39%
	Muito importante	74	37%
O regime de direção fiscal se configura	Grau de importância	Frequência (n)	Percentual %



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



quando a ANS promove a intervenção na Operadora de Plano de Saúde que está apresentando problemas financeiros e/ou de gestão.	Não é importante	6	3%
	Pouco importante	28	14%
	Indiferente	13	7%
	Importante	75	38%
	Muito importante	78	39%

Fonte: Pesquisa (2019).

Acerca da segunda afirmativa, 77% dos respondentes atribuíram os graus de importância mais elevados, sugerindo a compreensão de que o regime de direção fiscal se configura quando a ANS promove a intervenção na Operadora de Plano de Saúde que está apresentando problemas financeiros e/ou de gestão. Nesse sentido, ainda que a maioria dos respondentes não possua a prática de acessar as informações no site da ANS, sugere-se que, por outro lado, eles consideram as medidas de intervenção da ANS com grau de importância elevada.

Em consonância com a grande parte dos respondentes, a Lei nº. 9.961/00 abordou aspectos específicos da responsabilidade corporativa, à medida em que instituiu a penalização por infrações pelo não envio das informações solicitadas pela ANS, bem como o estabelecimento da Direção fiscal nos casos de desequilíbrio econômico-financeiro das OPS, sugerindo então que existe compreensão por parte dos beneficiários quanto à seriedade que representa a intervenção da ANS em uma OPS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um cenário permeado pela assimetria informacional, propiciando a existência de diferentes expectativas informacionais quanto às divulgações na saúde suplementar, esta pesquisa trouxe em seu conteúdo, a análise do *disclosure* na saúde suplementar sob a ótica dos beneficiários dos planos de saúde. Sob essa perspectiva, os resultados indicam que os beneficiários de planos de saúde atribuem um alto grau de importância às informações financeiras e contábeis, inclusive indicando esta importância para assegurar que as OPS terão saúde financeira para oferecer os serviços contratados, contudo, ainda assim, demonstraram insipiente grau de acesso a estas.

De acordo com os resultados obtidos, é possível confirmar a existência de diferenças de expectativas entre os grupos de beneficiários e o IDSM real publicado pela ANS, conferindo então que, em três grupos específicos, houve a indicação da média do IDSM de suas respectivas OPS acima do IDSM real publicado pela ANS, sugerindo uma expectativa irrealista quanto à saúde econômica e financeira da OPS. De modo geral, obteve-se que 81% dos beneficiários consideram apenas o preço e a cobertura no momento da escolha do plano de saúde, enquanto apenas 3% imputam às informações financeiras e contábeis o fator principal no momento de sua escolha, demonstrando então, que estas informações não estão cumprindo sua função de auxílio na tomada de decisão, contudo, elas são divulgadas e estão disponíveis para acesso ao público.

Os resultados expressam que 67% dos beneficiários respondentes nunca acessaram o site da ANS, todavia, 70% do total de participantes da pesquisa possuem plano de saúde há pelo menos 5 anos, o que implica em uma preocupação quanto à necessidade de se buscar novas formas ou canais de comunicação com o público de



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



beneficiários. Ainda 44% das respostas afirmam que não buscam qualquer mecanismo de informações para se manterem atualizados, o que pode resultar em expectativas irreais quanto ao desempenho e situação financeira e econômica das OPS.

Por fim, como contribuição para pesquisas futuras, sugere-se uma análise do perfil dos beneficiários e uma possível correlação com os mecanismos de acesso às informações financeiras e contábeis, considerando, inclusive, que o grau de proximidade e conhecimento acerca dessas informações pode proporcionar maiores buscas/acessos e expectativas mais realistas quanto à saúde financeira das OPS.

REFERÊNCIAS

Andrade, M. V., & Maia, A. C. (2009). Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. *Revista de Estudos Econômicos*, 39(01), p. 7-38. Recuperado em 9 fevereiro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/ee/v39n1/v39n1a01.pdf>.

Brasil. ANS. Recuperado em 20 fevereiro, 2019, de <http://ans.gov.br/>.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (2000). Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Casa Civil*, subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF. Recuperado em 12 novembro, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.

_____. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. (1998). Dispõe sobre os planos de seguros privados de assistência à saúde. *Casa Civil*, subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF. Recuperado em 18 novembro, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm.

Cecílio, L. C. O., & Merhy, E. E. (2004). Perspectivas da regulação da saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), p. 433-444. Recuperado em 18 fevereiro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>.

Dantas, J. A., Zendersky, H. C., & Niyama, J. K. (2008). A dualidade entre os benefícios do disclosure e a relutância das organizações em aumentar o grau de evidenciação. *Economia & Gestão*, 11(5), p. 56-76.

Elshandidy, T., & Neri, L. (2015). Corporate governance, risk disclosure practices, and market liquidity: comparative evidence from the UK and Italy. *Corporate Governance: An International Review*, 23(4), p. 331-356.

Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras - FIPECAFI. (2010). *Manual de contabilidade societária: aplicável a todas as empresas de acordo com as normas internacionais e do CPC*. (3a ed). São Paulo: Atlas.



Universidade Federal da Paraíba
Coordenação do Curso de Ciências Contábeis
Campus IV – Litoral Norte – Mamanguape



Hidalgo, R. L., García-Meca, E., & Martínez, I. (2011). Corporate governance and intellectual capital disclosure. *Journal of Business Ethics*, 100(3), p. 483-495.

Iudicibus, S. (2004). *Teoria da Contabilidade*. São Paulo: Atlas.

Jácome, M. A. R. (2018). *Regulação como indutora de práticas de controle interno na saúde suplementar*. 2018. Dissertação de Mestrado em Contabilidade, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Lanzana, A. P. (2004). *Relação entre Disclosuree Governança Corporativa das Empresas Brasileiras*. Dissertação de Mestrado em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Leal, R. M., & Matos, J. B. (2009). Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. *Revista de Administração de Empresas*, 49(4), p. 447-458.

Montone, J. (2002). ANS 2002: Balanço das Atividades. *Palestra* proferida na Associação Nacional dos Procuradores da República, na cidade do Rio de Janeiro – RJ, em 19 de dezembro de 2002. Série ANS (5). (Ed. Esp.). Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Moreira, V. L. (2012). A nomeação dos reguladores - entre o radicalismo e a moderação das propostas de reforma. *Textos de Regulação da Saúde*, 11(2).

Niyama, J. K. & Gomes. A. L. O. (1996). *Contribuição ao aperfeiçoamento dos procedimentos de evidenciação contábil aplicáveis às demonstrações financeiras de bancos e instituições assemelhadas*. Anais do XV Congresso Brasileiro de Contabilidade, Brasília, DF, Brasil.

Oliveira, J. F. R., Viana Júnior, D. B. C., Ponte, V. M. R., & Domingos, S. R. M. (2017). Indicadores de desempenho e valor de mercado: uma análise nas empresas listadas na BM&FBovespa. *Revista Ambiente Contábil*, 9(2), p. 240-258.

Savvides, S. C., & Savvidou, N. (2012). Market risk disclosures of banks: a cross-country study. *International Journal of Organizational Analysis*, 20(4), p. 379-405.