

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

ANDREI FERNANDES GOMES

**ANÁLISE DA DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO NA ÓTICA
DA AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE.**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

ANDREI FERNANDES GOMES

**ANÁLISE DA DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO NA ÓTICA
DA AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE.**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof^o. Dr. Rogério João Lunkes

**FLORIANÓPOLIS
2015**

ANDREI FERNANDES GOMES

**ANÁLISE DA DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO NA ÓTICA
DA AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE.**

Esta monografia foi julgada adequada para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis, e aprovada em sua forma final pelo Curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 26 de junho de 2015.

Prof.º Dr.º Rogério João Lunkes
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.º Dr. Leonardo Flach
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.ª Dr.ª Fabricia Silva da Rosa
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por guiar meus caminhos, me dar forças para enfrentar as dificuldades, me dar saúde e colocar pessoas especiais em minha caminhada.

Aos meus pais, Juraci Gomes e Inês de Oliveira Fernandes Gomes, por me dar todo suporte nesse necessário nesta etapa, por me ensinar a ter coragem e a batalhar para realizar meus sonhos.

Agradeço também a minha irmã, Maisa Fernandes Gomes, por todo o suporte no período de graduação.

Aos amigos pelas conversas, pelos aprendizados, pelas risadas.

Também aos colegas de curso, pelo companheirismo, solidariedade durante o curso.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

GOMES, Andrei Fernandes. **Análise de Demonstração do Resultado do Exercício na ótica da Agência Nacional da Saúde**. 2015. 50 fls. Monografia (Curso de Graduação em Ciências Contábeis) - Departamento de Ciências Contábeis – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

Este estudo trata da Demonstração do Resultado do Exercício utilizada pelas empresas que integram o mercado de saúde suplementar no Brasil, que segue a regulamentação efetuada por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. O estudo apresenta uma abordagem histórica deste mercado no país, desde seu surgimento aos dias atuais. Após isso, o desenvolvimento da monografia se dará pela apresentação da Agência Nacional de Saúde e pela demonstração de suas regulamentações, focando principalmente a área contábil das operadoras de planos de saúde, trazendo o do plano de contas padrão exigido pela ANS. Além do plano de contas a ANS exige também conteúdos mínimos que devem ser apresentados nas demonstrações contábeis das organizações deste mercado. Desta maneira neste trabalho será possível analisar a composição e estrutura do modelo de Demonstração de Resultado do Exercício – DRE, exigida pela ANS. O Conselho Federal de Contabilidade, que regulamenta o setor contábil no Brasil, também possui normas que exigem o mínimo de conteúdo que deve ser exposto na DRE, dessa forma existem visões diferentes sobre a mesma demonstração. O objetivo do estudo é analisar comparativamente a Demonstração do Resultado do Exercício utilizada da Agência Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Contabilidade.

Palavras-chave: Demonstração do Resultado do Exercício, Regulamentação, Agência Nacional de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – codificação do 2º código conforme RN nº 314 de 2012.....	26
Quadro 2 – Codificação do 3º código conforme RN nº 314 de 2012.....	27
Quadro 3 – Demonstração do Resultado do Exercício – CPC 26	30
Quadro 4 – Demonstração do Resultado do Exercício – ANS	33
Quadro 5 - Receita Operacional Bruta x Contraprestações efetivas de planos de assistência à saúde	34
Quadro 6 - Custos nas Vendas x Eventos indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos .	37
Quadro 7 - Outras receitas operacionais de planos de assistência à saúde não relacionada com planos	38
Quadro 8 - Despesas Financeiras, Administrativas e Patrimoniais	43
Quadro 9–Resultado do Exercício.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistema de regulamentação após a Lei nº 9.656/98	22
Figura 2 – Características do setor antes e depois da regulamentação.....	23
Figura 3 – Estrutura de codificação contábil conforme RN nº 314 de 2012	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional de Petróleo, Gás Natural e B combustíveis
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPC	Comitê de Pronunciamentos Contábeis
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DRE	Demonstração do Resultado do Exercício
IAP	Institutos de Aposentadoria
INPS	Instituto Nacional de Previdência social
MP	Medida Provisória
NBC	Normas Brasileiras de Contabilidade
PROCON	Programa Estadual de Defesa do Consumidor
RN	Resolução Normativa
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
U.S	Unidades de Serviço

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Tema e problema.....	10
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo geral	12
1.2.2 Objetivos específicos	12
1.3 Justificativas da pesquisa.....	12
1.4 Procedimentos Metodológicos.....	13
1.5 Limitações da pesquisa	15
1.6 Organização do Trabalho	15
2.1 - Histórico da Saúde Suplementar no Brasil.....	17
2.1.1- Regulamentação Saúde Suplementar no Brasil	19
2.2- Histórico e finalidades da Agência Nacional de Saúde Suplementar	23
2.3 Demonstrações do Resultado do Exercício sobre a ótica do Conselho Federal de Contabilidade.	28
2.4 – Demonstrações do Resultado do Exercício sobre a ótica da Agência Nacional de Saúde Suplementar	32
3.1 Análise das Demonstrações do Resultado do Exercício.....	34
3.1.2 Análise dos custos.	36
3.1.3 Análise das Outras receitas operacionais de planos de assistência à saúde não relacionados com planos.....	38
3.1.4 Análise das Despesas Financeiras, Administrativas e Patrimoniais	42
3.1.5 Análise do Resultado do Exercício	44
4 CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	45
4.1 Conclusões	45
4.2 Sugestões para estudos futuros.....	47
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, com a publicação da Constituição da República Federativa do Brasil, o setor de saúde no País passou por uma grande mudança, levando em consideração o art.196 da mesma, que dispõe:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Com a definição de que a saúde era um direito de toda a população brasileira, o Governo Federal no ano de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir o que estava previsto na constituição, saúde para todos. Junto com a criação do SUS, foi permitido que a iniciativa privada pudesse prestar este serviço.

Entretanto, a área da saúde pública contava com falta de qualidade e estrutura para atender o aumento de demanda, isto gerou filas e demora nos atendimentos. Esta falta de estrutura levou população a buscar alternativas para encontrar este serviço, encontrando uma oportunidade nas organizações privadas, que atuam no setor de saúde suplementar.

Com o crescimento neste segmento, houve grandes investimentos neste setor, conforme Bahia e Viana (2002, p.09) “a expansão dos planos privados justificava-se pela insuficiência do modelo público, do SUS”. O que gerou a criação de várias formas de seguro para saúde, todavia o governo e os estados não possuíam forma de controle sobre estas organizações, tendo a necessidade de instrumentos que regulamentassem estas organizações. Por este motivo no ano de 1998, o Governo Federal sancionou a Lei Nº. 9.656/98, que buscava diminuir as falhas no setor e implantar uma simetria entre os usuários e as operadoras.

Com o crescimento a nova configuração do mercado de saúde, foi necessária a criação de um órgão de fiscalização das atividades exercidas pelas operadoras, desta maneira no ano de 2000 foi criada a Lei No. 9.961/00 implantando um órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1.1 Tema e problema

A ANS foi criada com a função de promover o equilíbrio e a eficiência do setor de saúde complementar, buscando defender o interesse público na assistência suplementar a saúde, controlar e fiscalizar o setor de prestação de serviços de saúde privado. Para Montone (2003, p.23), A ANS foi responsável por toda a regulamentação das condições de ingresso, funcionamento e saída de operação do setor de saúde suplementar.

Algumas das primeiras ações deste órgão foram voltadas para a parte contábil, como criação de um plano de contas padrão para as operadoras, à exigência de auditoria externa e a criação de provisões técnicas lastreadas por ativos garantidores, visando garantir que as operadoras atendam a população e cumpram com suas obrigações.

Segundo Montone (2003, p.24), Uma das ações regulatórias da ANS foi instituir um Plano de Contas Padrão para as operadoras, trazendo uniformidade no tratamento contábil das operações do setor. O plano de contas influencia a escrituração contábil das organizações, como as contas de Ativo, Passivo e as contas denominadas de Resultado, estas últimas compõem a Demonstração do Resultado do Exercício.

Além da criação de um plano de contas padrão, houve também padronização na apresentação das demonstrações contábeis, seguindo modelos apresentados pela ANS. Assim todas as operadoras do país fazem os registros e apresentam suas demonstrações contábeis de maneira única.

Assim como a Agência Nacional de Saúde Suplementar instituiu um plano de contas padrão, que definiu as contas que compõem a Demonstração de Resultado do Exercício. O Conselho Federal de Contabilidade responsável pelas práticas adotadas no setor de contabilidade no país, em 1976, adotou a Lei no. 6.404/76, que estabeleceu, entre outras definições, a utilização da DRE e o que as organizações deveriam discriminar nesta demonstração.

O Conselho federal de Contabilidade da mesma forma como a ANS, dispõe de um modelo de DRE que apresenta o mínimo de contas que devem compor a demonstração, na sua visão.

Desta maneira, este estudo será voltado à seguinte questão: Quais são as diferenças entre as contas que compõem a demonstração do resultado do exercício

(DRE), na ótica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e na visão do Conselho Federal de Contabilidade (CFC)?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é analisar comparativamente a Demonstração do Resultado do Exercício utilizada pelo setor de saúde suplementar, através da Agência Nacional de Saúde, e a utilizada pelo Conselho Federal de Contabilidade.

1.2.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral desta pesquisa pretende-se atingir os objetivos específicos apresentados a seguir:

- a) Apresentar a Demonstração do Resultado do Exercício segundo o Conselho Federal de Contabilidade;
- b) Apresentar a Demonstração do Resultado do Exercício segundo Agência Nacional da Saúde Suplementar;
- c) Analisar as semelhanças e diferenças entre as Demonstrações de Resultado do Exercício pelo CFC e pela ANS.

1.3 Justificativas da pesquisa

No Brasil, o órgão de normatização máxima da área contábil é o Conselho Federal de Contabilidade (CFC), através dos Conselhos Regionais de Contabilidade, fiscaliza o exercício da profissão contábil.

Segundo Decreto-Lei Nº 9.295, de 27 de maio de 1946.

Art. 2º A fiscalização do exercício da profissão contábil, assim entendendo-se os profissionais habilitados como contadores e técnicos em contabilidade, será exercida pelo Conselho Federal de Contabilidade e pelos Conselhos Regionais de Contabilidade a que se refere o art. 1º

O CFC adota decretos, leis, normas entre outras regulamentações que buscam atualizar e padronizar a contabilidade no país. O Conselho Federal de Contabilidade participa do comitê de pronunciamento contábil, que são pronunciamentos contábeis que busca convergência internacional das normas contábeis adotadas no Brasil. A partir destas, fiscaliza a profissão contábil no Brasil.

Porém, em alguns setores de atuação dentro do nosso país, existem órgãos reguladores que normatizam de maneira específica para determinada área de atuação, apresentando informações que divergem do que é adotado pelo Conselho Federal de Contabilidade. Dessa maneira, esta pesquisa busca analisar uma demonstração contábil na visão de um órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde, e como o CFC orienta os profissionais da contabilidade a demonstrá-la.

Desta forma, espera-se que o desenvolvimento desta monografia contribua para o desenvolvimento de novas pesquisas no tema

1.4 Procedimentos Metodológicos

A metodologia da pesquisa busca demonstrar de que maneira será executada a pesquisa, abordando as técnicas, os instrumentos utilizados. Conforme Oliveira (2005), a metodologia deve estar em conformidade com o que foi apresentada nos objetivos e na justificativa da pesquisa, estando assim em harmonia com o problema citado.

O trabalho de monografia pode ser enquadrado em três tipos de pesquisa, exploratória, descritiva e explicativa.

Segundo Beuren e Raupp (2006, p. 80)

Diante da necessidade de definir o delineamento da pesquisa, quanto aos objetivos, o estudante poderá enquadrar seu trabalho monográfico como uma pesquisa exploratória, descritiva ou explicativa.

Gil (2008) entende que a pesquisa descritiva, em seu principal objetivo, descreve as características de determinada população ou fenômeno. Outra característica importante neste tipo de pesquisa está em utilizar técnicas padronizadas nas coletas de dados, em uma pesquisa descritiva as características são estudadas, analisadas, registradas, porém o pesquisador não altera os dados levantados.

Conforme Beuren e Raupp (2006, p. 83), “os procedimentos na pesquisa científica referem-se à maneira pela qual se conduz o estudo e, portando, se obtém os dados”. Neste estudo, o procedimento adotado será pesquisa bibliográfica que é feita a partir de referências já publicadas. Consiste em buscar, analisar e coletar informações, já emitidas, sobre o tema da pesquisa. Segundo Gil (1994, p.71), a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Conforme Beuren e Raupp (2006, p. 89):

O material consultado na pesquisa bibliográfica abrange todo referencial já tornado público em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, dissertações, teses, entre outros.

Em relação à abordagem do problema, podemos destacar dois tipos, as pesquisas qualitativas e as quantitativas. Desta maneira a abordagem neste estudo será a pesquisa qualitativa, pois segundo Richardson apud Beuren (2006, p. 92) “a principal diferença entre uma abordagem qualitativa e quantitativa reside no fato de a abordagem qualitativa não empregar um instrumento estatístico como base do processo de análise do problema”.

Para Beuren e Raupp (1999 apud Richardson 2006, p. 91), pesquisas qualitativas são “os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”.

Deste modo, o desenvolvimento deste trabalho, quanto aos objetivos, se dará por forma uma pesquisa descritiva, utilizando para isto uma pesquisa bibliográfica, em relação aos procedimentos, e qualitativa sobre a abordagem do problema.

Para a realização da presente pesquisa, dividiu-se o estudo em quatro fases que são relatadas a seguir:

1º fase: Obtenção de um histórico sobre a formação do mercado de saúde suplementar no Brasil. A principal fonte foi biblioteca online da Agência Nacional da Saúde, que disponibiliza livros, teses, pesquisas relacionados à área de saúde suplementar.

2º fase: Obter os modelos de Demonstração do Resultado de Exercício. Através das Resoluções Normativas aplicadas pela ANS, foi possível chegar ao modelo mais recente de Demonstração de Resultado do Exercício exigido pela mesma. Da

mesma forma ocorreu para o modelo do CFC, pela emissão das NBCs (Normas Brasileiras de Contabilidade) e também pelo CPC (Comitê de Pronunciamento Contábil) foi possível chegar ao modelo mínimo que o CFC adota.

3º fase: Organização e apresentação das informações. Nessa etapa do trabalho os modelos de DRE utilizados foram organizados de modo que favorecesse a sua apresentação e compreensão, utilizando quadros.

4º fase: Análise da composição e estrutura das contas utilizadas pelos modelos de DRE. Essa é a última etapa da pesquisa e constitui-se de uma análise das contas e da estrutura que cada Demonstração do Resultado do Exercício apresentava.

1.5 Limitações da pesquisa

A presente pesquisa limitou-se ao estudo de uma demonstração contábil, a Demonstração do Resultado do Exercício. O estudo é feito através da análise dos modelos de Demonstrações do Resultado do Exercício da Agência Nacional da Saúde e do Conselho Federal de Contabilidade, com enfoque na estrutura e composição. Estes modelos obtidos através das Leis que regem o setor de Saúde Suplementar, das Normas Brasileiras de Contabilidade e do Comitê de Pronunciamentos Contábeis.

A abordagem qualitativa também uma limitação, pois neste tipo de estudo o pesquisador é o responsável pela interpretação da realidade e pelo entendimento do contexto. Deste modo, a limitação do pesquisador repercute nos resultados da pesquisa

1.6 Organização do Trabalho

O primeiro capítulo deste estudo apresenta a Introdução, uma abordagem sobre o tema do estudo, seguido da formulação do problema e dos objetivos que se pretende alcançar. Traz também à justificativa, a metodologia, a limitação da pesquisa e a estrutura e descrição dos capítulos. No segundo capítulo, será desenvolvido o referencial teórico, trazendo a fundamentação para o estudo, explicando a história de a saúde suplementar no Brasil e os objetivos e funções da Agência Nacional de Saúde, bem como os modelos de Demonstração do Resultado do Exercício utilizados para a comparação. No terceiro capítulo, será estudado as

Demonstrações de Resultado do Exercício, será feita uma comparação entre as estruturas e contas que compõe os modelos de DRE. O quarto capítulo é composto pelos resultados obtidos com a realização deste estudo

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta capítulo, será apresentada a fundamentação teórica desta pesquisa, abordando o histórico da saúde suplementar no Brasil, histórico da Agência Nacional da Saúde e os modelos de Demonstração de Resultado do Exercício da ANS e do Conselho Federal de Contabilidade.

2.1 - Histórico da Saúde Suplementar no Brasil

O sistema de saúde suplementar no Brasil existe a mais de 70 anos. As primeiras estruturas de assistência médica privada surgiram entre a década de 40 e 50, surgiram através da criação de autogestões de planos de saúde voltada aos servidores públicos, exemplos disso são as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que, posteriormente foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria (IAPs). Estes últimos eram autarquias ligadas diretamente ao governo federal e as filiações se davam por categoria profissional, diferente do que ocorria com os CAPs que se organizava por empresas. A assistência médica era realizada no local de trabalho, onde o funcionário realizava o pagamento ao prestador de serviço da assistência médica, e posteriormente o seu empregador o reembolsava.

Segundo Bahia e Viana (2002, p.10):

Esses sistemas particulares possuíam serviços próprios e/ou adotavam o sistema de reembolso de despesas médico-hospitalares. Os empregados eram atendidos, nos serviços médicos das fábricas, em ambulatórios das caixas de assistência e por provedores privados, pagos pelo cliente; essa despesa era, posteriormente, reembolsada.

A partir da década de 60 os IAPs foram unificados ao Instituto Nacional de Previdência social (INPS), onde garantia assistência médica a todos os trabalhadores com carteira de trabalho assinada.

Conforme Salles (2004, p. 21):

Antigos IAPs foram unificados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a incorporação, para efeito de assistência médica, de todos os trabalhadores de carteira de trabalho assinada, além dos autônomos que desejassem contribuir para a Previdência Social.

Com a implantação do INPS, o Governo Brasileiro percebeu que não possuía capacidade para manter qualidade no serviço de assistência medica e atender toda

a demanda. Diante disto, a previdência passou a financiar os serviços de assistência médica, como não possuía capacidade para atender todos os contribuintes, oferecia subsídios às empresas para que elas assegurassem a assistência a seus colaboradores, adquirindo o serviço de outros órgãos. Esses subsídios eram descontos em contribuições feitas para a previdência, com isso os empregadores poderiam garantir assistência aos empregados. Este financiamento por parte do governo incentivou os convênios entre os empregadores e as empresas de medicina de grupo, empresas de assistência médica que prestavam os serviços particulares.

Em 1967, não satisfeitos com a forma que eram tratados os convênios entre empregadores e as empresas de medicina de grupo, um grupo de médicos formou a primeira cooperativa de trabalho médico que buscava autonomia dos médicos e os atendimentos em consultórios.

Em relação aos tipos de organizações de assistência médica, Bahia e Viana (2002, p.11) definem:

As medicinas de grupo organizaram-se em torno de proprietários e/ou acionistas de hospitais; as Unimed's surgiram como uma alternativa, heterodoxa, para se conseguir a prática, nos consultórios médicos, através da constituição de cooperativas de trabalho.

Com o surgimento das cooperativas médicas e pelas exigências da Previdência Social, que definia coberturas básicas de atendimento, as empresas de medicina de grupo viram a necessidade de ampliar seus atendimentos. Dessa maneira passou a comprar os serviços de médicos, hospitais e laboratoriais. As Unimed's por outro lado, cresceram realizando o credenciamento de hospitais e laboratórios. A remuneração das atividades médicas hospitalares era feita através das Unidades de Serviço (U.S) do INPS, um método de medida que buscava valorizar os procedimentos mais complexos.

Em 1976, o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) através da Resolução 11/76 definiu que as seguradoras de saúde também entrariam no ramo da saúde, no chamando seguro-saúde. Porém, as seguradoras estavam restritas a operações apenas com planos de reembolso.

Na década de 80 o setor de saúde suplementar era composto por um grande mercado, formado pelas empresas médicas e as seguradoras.

Conforme Bahia e Viana (2002, p.12)

No início dos anos 80, havia cerca de 15 milhões de clientes dos planos de saúde — excetuando-se os de planos próprios —, registrado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e pela Federação das Unimed's. Esses números revelavam a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região sudeste.

Em 1988, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que tinha como objetivo atender toda a população brasileira. Porém, o que realmente aconteceu foi que ele passou a ser uma alternativa para a população de baixa renda, uma vez que os com maiores recursos buscavam as instituições privadas. A busca pelas organizações privadas se dava pelo fato de o atendimento e as instalações no SUS serem precárias, além disto, não possuía mão de obra suficiente para atender toda a demanda, gerando filas.

Alguns anos após a implantação do SUS, na metade da década de 90 foi instituído no Brasil o Plano Real. Grande parcela da população teve um aumento do poder aquisitivo com o Plano Real, e com a situação que o SUS o ramo de saúde suplementar continuou com a expansão que apresentava nas outras décadas. Com essa expansão surgiu às organizações de sub-redes, segundo Bahia e Viana (2002, p.13), sub-redes é quando um hospital conveniado com o SUS e inúmeras empresas de assistência suplementar, poderia se tornar também uma empresa de plano de saúde.

O mercado de saúde suplementar apresentava grande expansão, porém não possuía nenhum tipo de regulamentação. Desse modo as empresas de medicina de grupo estabeleceram um código de ética, as cooperativas de saúde seguiam a legislação existente para cooperativas, que era regulada pelo Ministério da Agricultura e as seguradoras eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

2.1.1- Regulamentação Saúde Suplementar no Brasil

No início dos anos 1990 foi sancionada a Lei No. 8.078/90, que ficou conhecida como o Código de Direito do Consumidor, que deu origem ao Programa Estadual de Defesa do Consumidor (PROCON). Com o crescimento do mercado de saúde suplementar aliada a falta de regulamentação desse setor, gerou quantidade

relevante de críticas aos setores de defesa do consumidor. As críticas principais eram em torno dos reajustes de mensalidades, a exclusão de procedimentos e os contratos abusivos.

Desde início da década de 90 a proposta de regulamentação do setor de saúde suplementar foi sendo citada, por órgãos governamentais, pelas organizações, pelos direitos do consumidor e pelos usuários dos planos. Desta maneira, existia a necessidade da regulamentação para diminuir a assimetria de informação entre usuários e empresas.

Conforme Bahia e Viana (2002, p. 13):

Em termos gerais, a regulamentação visava corrigir e atenuar as falhas do mercado, como a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços e a seleção de riscos.

Diante das falhas no mercado, das diversas reclamações que existiam nos PROCON's, os órgãos governamentais decidiram agir para reparar as falhas existentes. Porém as medidas apresentadas não foram bem aceitas pelas empresas de saúde suplementar, as organizações alegavam que essas propostas governamentais seriam para abrir o mercado para as empresas estrangeiras, e que a entrada de capital internacional iria desmontar o mercado brasileiro.

Uma das propostas era o aumento das coberturas dos planos, as empresas e seguradoras resistiam, as de menor porte alegam que iriam entrar em estado de falência devido ao investimento para ampliar a cobertura. E assim foi se discutindo os limites da regulamentação e a proporção da intervenção do governo.

Segundo Bahia e Viana (2002, p. 13):

Esses conflitos foram reinterpretados pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde. Esses ministérios tornaram-se defensores, respectivamente, de uma regulação governamental de menor intensidade, institucionalizada através da Susep, e de uma ação mais efetiva do Estado, a caber ao Ministério da Saúde.

Diante deste cenário na área de saúde suplementar no Brasil, em 1998 já circulava no senado um projeto de regulamentação. Durante o debate do projeto foi incluído nele dois pontos fundamentais: a criação de um modelo de planos de saúde obrigatório e único para todas as organizações, e a criação de regras rígidas de proteção ao consumidor, relacionado às reclamações que existiam nos PROCON's

Com esse contexto em 03 de julho de 1998 é sancionada a Lei 9.656, juntamente com a MP 1.665, que tratava da regulamentação do mercado de saúde suplementar. A legislação estabeleceu uma divisão de funcionamento, de um lado a região econômica financeira e do outro a de assistência a saúde.

Em relação à regulação econômico-financeira, Montone (2003, p. 8) destaca que:

... definia as condições de ingresso, de operação e de saída do setor e exigia a constituição de reservas e garantias. Pretendia dar segurança ao consumidor, garantindo o cumprimento dos contratos e a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumpri-los, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor.

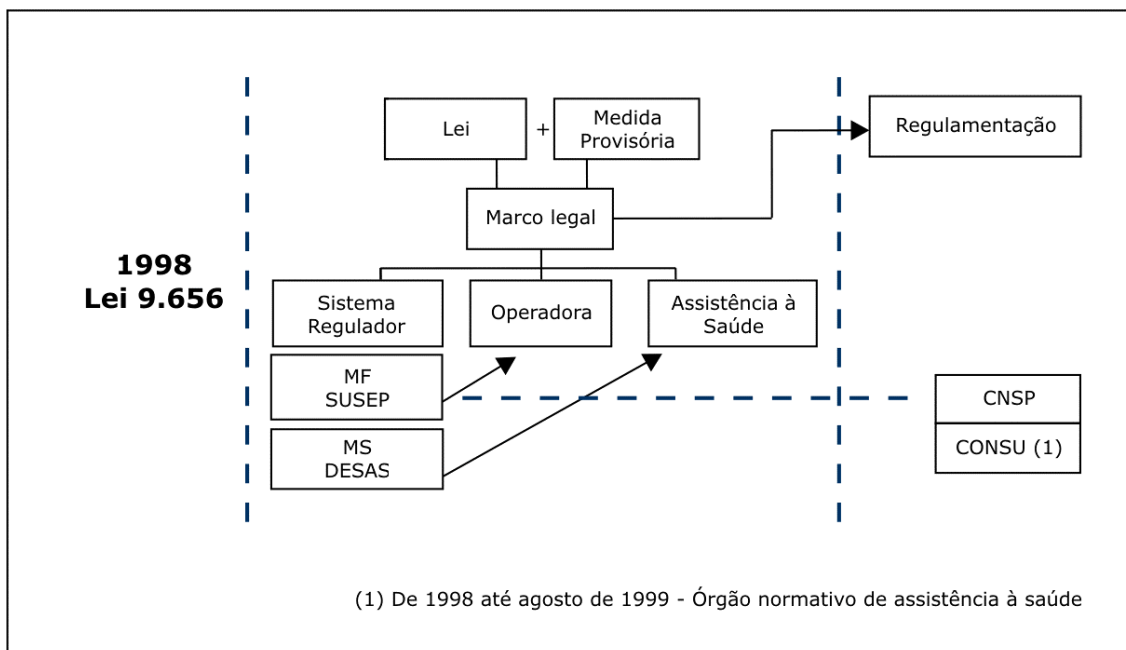
Já sobre o lado de assistência a saúde Montone (2003, p. 8) informa que:

... optava pela indução. Estabelecia o Plano Referência, que não admitia qualquer tipo de exclusão ou de exceção de cobertura. Era claro e específico: exigia a cobertura de todas as doenças listadas na CID - Classificação Internacional de Doenças. As operadoras seriam obrigadas a oferecer o Plano Referência aos consumidores que, por sua opção, poderiam adquirir um plano com cobertura inferior à deste, portanto, com exclusões de cobertura assistencial.

Como Lei No. 9.656/98 trabalhou com duas frentes a parte econômica financeira e a parte de assistência a saúde, foi estabelecido órgãos para efetuar este controle. Na regulamentação do lado econômico foi definido que seria a junção de dois órgãos, a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que seria acompanhada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP. Em relação à frente de assistência médica o Ministério da Saúde através do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) e um órgão criado no art. 35º - A da lei 9.656/98, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que era responsável pela fiscalização relativa a toda área médica.

A Figura1 demonstra como era o sistema de regulamentação após a instituição da Lei Nº. 9.656/98.

Figura 1 – Sistema de regulamentação após a Lei nº 9.656/98

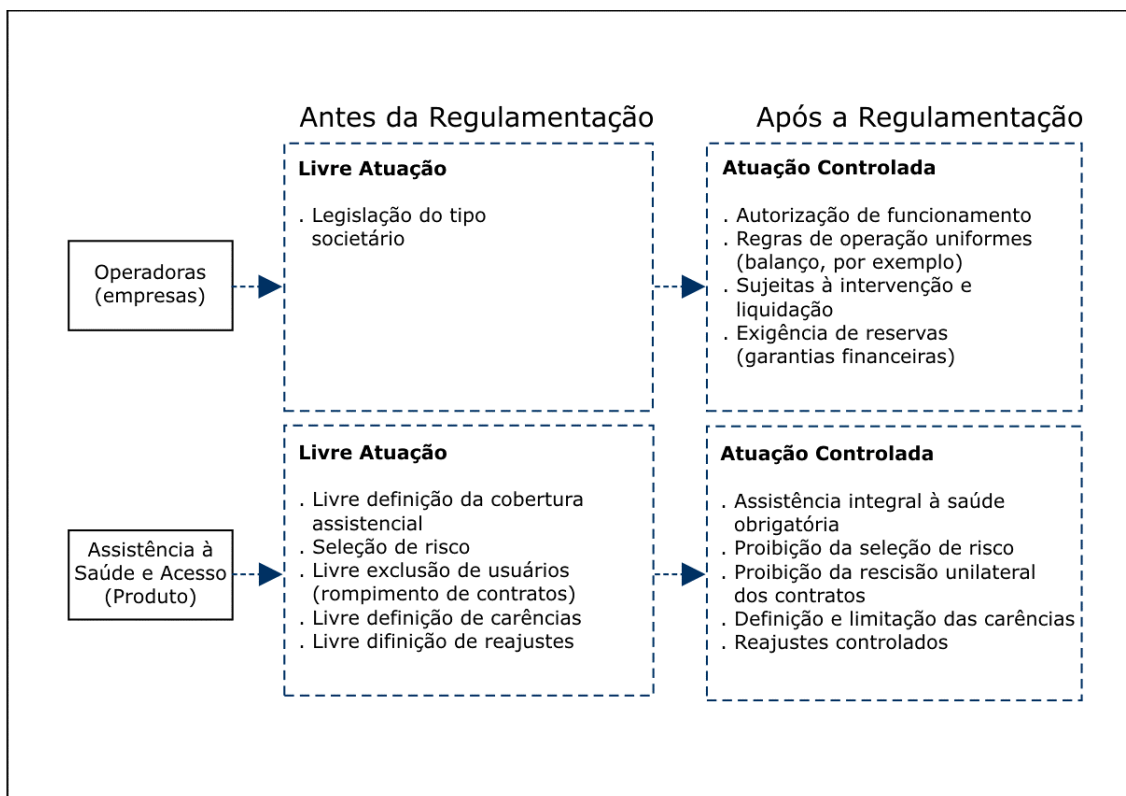


Fonte: Montone (2003, p. 11)

A Lei 9.656/98, juntamente com a MP 1.665, entrou em vigor no ano de 1999. Não foi necessário muito tempo para aparecer às falhas e os limites do modelo de regulamentação criado. Como era trabalho em duas frentes, dificultava a coordenação e realização de um planejamento estratégico. Diante disto, uma parcela do mercado enxergando falhas neste mecanismo passou a explorá-las e se beneficiar.

A figura abaixo exemplifica as mudanças, e a dificuldade de exercê-las, que ocorreram a partir da regulamentação

Figura 2 - Características do setor antes e depois da regulamentação.



Fonte: Montone (2003, p. 11).

2.2- Histórico e finalidades da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Devido às falhas e limites apresentados pelo modelo de regulamentação do setor, o governo viu a necessidade de uma nova medida para corrigi-las. Dessa maneira em 2000 é sancionada a Lei No. 9.961, que cria uma agencia reguladora a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passou a assumir toda a regulamentação do setor de saúde suplementar.

O art. 3º da Lei Nº, 9.961/00 define a finalidade da ANS:

A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A ANS é uma autarquia, vinculada ao Ministério da Saúde, gerenciado por um Contrato de Gestão, que estabelece padrões e metas para avaliação de

desempenho da agência. Este contrato é negociado entre a ANS e o Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo CONSUL e uma comissão específica.

O modelo da Agência Nacional da Saúde é diferente das agências que regulam os setores de infra-estrutura (ANATEL, ANEEL E ANP), pois estes foram criadas com o objetivo de regular um setor dominado por empresas estatais e criar a competitividade nos setores, já a ANS foi criada para regular as atividades de um setor tomado pela iniciativa privada.

Para Montone (2003, p. 16), o objetivo da ANS:

- A ANS foi criada para regular uma atividade privada:
- a) já existente;
 - b) extremamente complexa;
 - c) num setor essencial, que é a saúde;
 - d) que nunca havia sido objeto de regulação do Estado.

A criação da ANS trouxe uma forte regulamentação ao mercado de saúde suplementar, passou a existir um padrão na cobertura mínima de atendimento aos clientes e nos preços praticados pelas operadoras, ou seja, acabaram os contratos abusivos e os reajustes de mensalidades sem motivos.

A contabilidade das Operadoras de Planos de Assistência a Saúde também sofreu regulamentações com a criação da ANS. Para criar padrão, organização e existir informação uniforme entre as Operadoras foi instituído um plano de contas padrão e também modelos com informações mínimas que deviam conter as demonstrações contábeis referente às organizações desse setor.

Um plano de contas é o conjunto de contas apresentados de forma sistematizada e ordenada, que facilita o registro dos atos e fatos contábeis da entidade e ajuda na constituição das demonstrações contábeis. De maneira geral não existe um número mínimo ou máximo de contas que ele deve conter isso varia de acordo com o entendimento da organização em relação ao detalhamento de suas operações contábeis, porém a alguns setores de atuação que possuem órgãos que regulamentam e definem padrões em relação ao plano de contas, é o caso da Agência Nacional da Saúde.

A regulamentação do Plano de Contas Padrão e a Demonstração Contábil na área de saúde suplementar são redigidas pela Resolução Normativa - RN nº 314 de 2012, emitida pela ANS.

Em relação aos objetivos da - RN nº 314 de 2012:

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

A codificação das contas prevê o emprego de 3 (três) códigos distintos totalizando 10 (DEZ) dígitos, conforme o Capítulo II da RN nº 314 de 2012. A figura abaixo demonstra a estrutura das contas seguindo a ANS.

Figura 3 – Estrutura de codificação contábil conforme RN nº 314 de 2012

1º Código					2º Código				3º Código										
Conta/ Subconta					Desdobramento				Desdobramento										

Fonte: RN nº 314 de 2012

O 1º código é dividido em cinco dígitos, da esquerda para a direita, são compostos da seguinte forma:

- 1º dígito – a classe;
- 2º dígito – o grupo;
- 3º dígito – o subgrupo;
- 4º dígito – a conta;
- 5º dígito – a subconta.

Conforme a RN nº 314 de 2012, o 2º código é dividido em mais 4 dígitos, do 6º ao 9º, e tem as seguintes finalidades:

Quadro 1 – codificação do 2º código conforme RN nº 314 de 2012.

Dígito	Algarismo	Descrição de utilização
6	1	Utilizar para todas as contas de produtos indicando a modalidade de pagamento em função do período de cobertura da assistência, a preço pré-estabelecido.
	2	Utilizar para todas as contas de produtos indicando a modalidade de pagamento em função do período de cobertura da assistência, a preço pós-estabelecido
	3	Utilizar para todas as contas de produtos indicando a modalidade de pagamento em função do período de cobertura da assistência, com preço misto.
	9	Utilizar para todas as contas de não-produtos.
7 e 8	-	*Utilizar para contas, conforme determinado pela ANS no elenco de contas.
9	-	Utilizar: *Para contas patrimoniais: a codificação prevista pela ANS no rol de contas; *Para as contas de resultado: critérios definidos pelas operadoras conforme sua necessidade de informações.

Fonte: Autor

O terceiro código é abertura de subcontas, e ficará a critério da operadora, porém terá que obedecer algumas orientações conforme a RN nº 314 de 2012:

- É obrigatória a adoção da codificação e da nomenclatura definida para todos os níveis deste Plano de Contas, desde “Classes” até “Subcontas” e desdobramentos previstos, sendo as contas específicas de seguradora especializada em saúde somente por estas utilizáveis;

- É facultado às Operadoras a criação de desdobramentos, adicionalmente as subcontas previstas no Plano, em função de suas necessidades de informações, podendo, se for o caso, acrescentar dígitos a partir do 10º dígito.

Por fim o Plano de Contas Padrão classifica as contas em seis classes: contas de Ativo, iniciadas pelo número 1, contas de Passivo, pelo número 2, e contas de resultado, iniciadas pelos números 3 - Receita, 4 - Despesa, 6 - Impostos e Participações Sobre o Lucro e 7 - Contas Transitórias – Apuração de Custos, conforme RN nº 314 de 2012.

O Quadro 2 apresenta de forma detalhada as classes das contas, apresentando o grupo que cada pertence.

Quadro 2 – Codificação do 3º código conforme RN nº 314 de 2012.

Dígito	Algarismo	Descrição de utilização
1	ATIVO	
	12	Circulante
	13	Não Circulante
	19	Compensação Ativo
2	PASSIVO	
	21	Circulante
	23	Não Circulante
	25	Patrimônio Líquido/Patrimônio Social
3	29	Compensação Passivo
	RESULTADO	
	31	Contraprestações Efetivas de Planos de Assistência à Saúde
	32	(-) Tributos Diretos de Operações de Assistência à Saúde
	33	Outras Receitas Operacionais
	34	(-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência à Saúde
	35	Receitas Financeiras
	36	Receitas Patrimoniais
	41	Eventos Indenizáveis Líquidos/Sinistros Retidos
	43	Despesas de Comercialização
4	44	Outras Despesas Operacionais
	45	Despesas Financeiras
	46	Despesas Administrativas
	47	Despesas Patrimoniais
6	IMPOSTOS E PARTICIPAÇÃO SOBRE O LUCRO	
	61	Impostos e Participações sobre o Lucro
	69	Apuração do Resultado
7	CONTAS TRANSITÓRIAS – APURAÇÃO DE CUSTOS	
	71	Apuração dos Custos

Fonte: Autor

É seguindo esta codificação que todas as operadoras obrigatoriamente devem apresentar os seus planos de contas, adotando todos os níveis, desde classes até subcontas e alguns desdobramentos. Visto a necessidade de informação, contábil ou gerencial, as operadoras podem acrescentar dígitos ao Plano de Contas Padrão, a partir do 10º nível.

2.3 Demonstrações do Resultado do Exercício sobre a ótica do Conselho Federal de Contabilidade.

Demonstração do resultado do exercício (DRE) é um relatório contábil que apresenta informações sobre as operações realizadas pela empresa em um determinado período. Seu objetivo é demonstrar o resultado líquido de um exercício social, confrontando as receitas, despesas e resultado obtidos no período, gerando assim uma informação importante para a tomada de decisão nas organizações.

Conforme a NBC T 3.3 (Conselho Federal de Contabilidade, 1990). “A demonstração do resultado é a demonstração contábil destinada a evidenciar a composição do resultado formado num determinado período de operações da Entidade.”

Para Ludícibus (2004, p.194):

A Demonstração do Resultado do Exercício é um resumo ordenado das receitas e despesas da empresa em determinado período. É apresentada de forma dedutiva (vertical), ou seja, das receitas subtraem-se as despesas e em seguida, indica-se o resultado (lucro ou prejuízo).

Segundo Ludícibus et al. (2010, p. 04):

A Lei n' 6.404/76 define o conteúdo da Demonstração do Resultado do Exercício, que deve ser apresentada na forma dedutiva, com os detalhes necessários das receitas, despesas, ganhos e perdas e definindo claramente o lucro ou prejuízo líquido do exercício, e por ação, sem confundir-se com a conta de Lucros Acumulados, onde e feita à distribuição ou alocação do resultado.

Conforme a NBC T 3.3 (Conselho Federal de Contabilidade, 1990) a demonstração do resultado evidenciará, no mínimo, e de forma ordenada:

- A - As receitas decorrentes da exploração das atividades-fins;
- B - Os impostos incidentes sobre as operações, os abatimentos, as devoluções e os cancelamentos;
- C - Os custos dos produtos ou mercadorias vendidos e dos serviços prestados;
- D - O resultado bruto do período;
- E - Os ganhos e perdas operacionais;

F - As despesas administrativas, com vendas, financeiras e outras e as receitas financeiras;

G - O resultado operacional;

H - As receitas e despesas e os ganhos e perdas não decorrentes das atividades-fins;

I - O resultado antes das participações e dos impostos;

J - As provisões para impostos e contribuições sobre o resultado;

L - As participações no resultado;

M - O resultado líquido do período

Em 2005 através da Resolução CFC nº 1.055/05, foi criado o Comitê de Pronunciamentos Contábeis que busca a convergência das normas internacionais contábeis, a centralização na emissão dessas normas, entre outros, para cumprir esses objetivos emite pronunciamentos conhecidos como os CPC's. É formado pelos seguintes órgãos: Associação Brasileira de Companhias Abertas (ABRASCA), Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros São Paulo (BOVESPA), Fundação Instituto de Pesquisa Contábeis, Atuarias e Financeiras (FIPECAFI), Instituto de Auditores Independentes do Brasil (IBRACON) e o Conselho Federal de Contabilidade (CFC).

Em relação ao objetivo da Resolução CFC nº 1.055/05

O estudo, o preparo e a emissão de Pronunciamentos Técnicos sobre procedimentos de Contabilidade e a divulgação de informações dessa natureza, para permitir a emissão de normas pela entidade reguladora brasileira, visando à centralização e uniformização do seu processo de produção, levando sempre em conta a convergência da Contabilidade Brasileira aos padrões internacionais.

O CPC 26 aborda sobre a apresentação das demonstrações contábeis, estabelecendo regras, diretrizes e conteúdo mínimo para sua apresentação. Sobre a DRE relata que a demonstração do resultado do período deve, no mínimo, incluir as seguintes rubricas, obedecidas também as determinações legais:

A - Receitas;

B - Custo dos produtos, das mercadorias ou dos serviços vendidos;

C - Lucro bruto;

D - Despesas com vendas, gerais, administrativas e outras despesas e receitas operacionais;

E - Parcela dos resultados de empresas investidas reconhecida por meio do método de equivalência patrimonial;

F - Resultado antes das receitas e despesas financeiras

G - Despesas e receitas financeiras;

H - Resultado antes dos tributos sobre o lucro;

I - Despesa com tributos sobre o lucro;

J - Resultado líquido das operações continuadas;

K - Valor líquido dos seguintes itens:

i - Resultado líquido após tributos das operações descontinuadas;

ii - Resultado após os tributos decorrente da mensuração ao valor justo menos despesas de venda ou na baixa dos ativos ou do grupo de ativos à disposição para venda que constituem a unidade operacional descontinuada.

L - Resultado líquido do período.

Dessa maneira para este trabalho utilizaremos o modelo de demonstração que é apresentado pelo Comitê de Pronunciamento Contábil, onde o CFC participa da elaboração dos pronunciamentos. O quadro abaixo apresenta a Demonstração do Resultado do Exercício conforme o CPC 26:

Quadro 3 – Demonstração do Resultado do Exercício – CPC 26

RECEITA OPERACIONAL BRUTA
(+) Venda de Produtos
(+) Venda de Mercadorias
(+) Venda de Mercadorias
(-) DEDUÇÕES DA RECEITA OPERACIONAL BRUTA
Vendas Canceladas e Devoluções
Abatimentos
Impostos e Contribuições incidentes sobre Vendas
RECEITA LIQUIDA
(-) CUSTOS NAS VENDAS
Custo dos Produtos Vendidos
Custo das Mercadorias
Custo dos Serviços Prestados
LUCRO BRUTO
(-) DESPESAS
Despesas Com Vendas
Despesas Administrativas
Despesas Logísticas
(+/-) OUTRAS RECEITAS E DESPESAS OPERACIONAIS
(+) Resultado da Equivalência Patrimonial (MEP)
(+/-) resultado na venda de imobilizado
LUCRO ANTES DO RESULTADO FINANCEIRO
(-) Despesas Financeiras
(+) Receitas Financeiras
(+/-) Variações Monetárias e Cambiais
(+) Receita da equivalência Patrimonial (MEP)
(-) Prejuízo da equivalência patrimonial
(+/-) resultado na venda de imobilizado
LUCRO ANTES DOS IMPOSTOS SOBRE A RENDA
(-) Imposto de Renda corrente
(-) Contribuição Social Sobre o Lucro corrente
RESULTADO LÍQUIDO DO PERÍODO
(-) participação de sócios não controladores: Debêntures, Empregados, Participações de Administradores, Partes Beneficiárias, Fundos de Assistência e Previdência para Empregados
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO

Fonte: Autor

2.4 – Demonstrações do Resultado do Exercício sobre a ótica da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A RN nº 344 de 2013 da ANS, traz em seu capítulo III modelos de demonstrações contábeis, esses modelos apresentam o mínimo de informações que as operadoras devem apresentar em suas demonstrações. Os modelos apresentados pela ANS compreendem o Balanço Patrimonial, a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), a Demonstração de Fluxo de Caixa (DFC) e a Demonstração de Mutação do Patrimônio Líquido (DMPL) e as Notas Explicativas. Como o objetivo deste trabalho é analisar as visões diferentes da DRE, apresentaremos somente o modelo desta demonstração.

Conforme visto, o plano de contas padrão da ANS é dividido em classes. Dessa maneira as classes que fazem parte da Demonstração de Resultado do Exercício são 3 - Receita, 4 - Despesa, 6 - Impostos e Participações Sobre o Lucro e 7 - Contas Transitórias – Apuração de Custos. Assim o quadro abaixo apresenta o modelo de publicação exigido pela ANS através da RN nº 344 de 2013.

Quadro 4 – Demonstração do Resultado do Exercício - ANS

ANEXO - CAPÍTULO III - Modelo de Publicação		
DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO		
	200Y	200X
	Contas	
Contraprestações Efetivas / Prêmios Ganhos de Plano de Assistência à Saúde	31+321	
Receitas com Operações de Assistência à Saúde	31	
Contraprestações Líquidas / Prêmios Retidos	311	
Variação das Provisões Técnicas de Operações de Assistência à Saúde	312	
Receitas com Administração	313	
Receita com Resseguro	314	
(-) Tributos Diretos de Operações com Planos de Assistência à Saúde da Operadora	321	
Eventos Indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos	41	
Eventos / Sinistros Conhecidos ou Avisados	411	
Variação da Provisão de Eventos / Sinistros Ocorridos e Não Avisados	414	
Despesa com Resseguro	415	
RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	SUBTOTAL	
Outras Receitas Operacionais de Planos de Assistência à Saúde	331	
Receitas de Assistência à Saúde Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora	332	
Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar	33211	
Receitas com Operações de Assistência Odontológica	33212	
Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar (SUS)	33213	
Receitas com Operações de Assistência Odontológica (SUS)	33214	
Outras Receitas de Prestação de Serviços de Administradora de Benefícios	33215	
Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Odontológica	33216	
Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Médico Hospitalar	33217	
Outras Receitas Operacionais	33218	
(-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência à Saúde	34	
Outras Despesas Operacionais com Plano de Assistência à Saúde	441	
Outras Despesas de Operações de Planos de Assistência à Saúde	4413	
Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças	4415	
(-) Recuperação de Outras Despesas Operacionais de Assistência à Saúde	4416	
Provisão para Perdas Sobre Créditos	4419	
Outras Despesas Oper. de Assist. à Saúde Não Relac. com Planos de Saúde da Operadora	442	
RESULTADO BRUTO	SUBTOTAL	
Despesas de Comercialização	43	
Despesas Administrativas	46	
Resultado Financeiro Líquido	35-45	
Receitas Financeiras	35	
Despesas Financeiras	45	
Resultado Patrimonial	36-47	
Receitas Patrimoniais	36	
Despesas Patrimoniais	47	
RESULTADO ANTES DOS IMPOSTOS E PARTICIPAÇÕES	SUBTOTAL	
Imposto de Renda	6111	
Contribuição Social	6112	
Impostos Diferidos	6119	
Participações sobre o Lucro	612	
RESULTADO LÍQUIDO	3+4+61	

Fonte: RN nº 344 de 2013

3 ANÁLISE E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo apresenta os resultados da pesquisa, apresentando as contas que compõem as Demonstrações do Resultado Exercício, pelo entendimento da Agência Nacional da Saúde e pelo Conselho Federal de Contabilidade.

3.1 Análise das Demonstrações do Resultado do Exercício.

Como observado anteriormente às demonstrações contábeis, apresentadas pelas operadoras devem ser padronizadas de acordo com os modelos editados pela ANS, em suas resoluções normativas. Portanto, neste capítulo, será feita uma análise sobre a composição da Demonstração do Resultado do Exercício pela Agência Nacional da Saúde e pelo entendimento do Conselho Federal de Contabilidade, através do CPC 26. Para facilitar o entendimento serão separadas em quadros as contas dos modelos de DRE analisados.

3.1.1 Análise das Receitas.

Quadro 5 - Receita Operacional Bruta x Contraprestações efetivas de planos de assistência à saúde

CPC 26	ANS
Receita Operacional Bruta	Contraprestações efetivas de planos de assistência à saúde
(+) Venda de Produtos	Receitas com Operações de Assistência à Saúde
(+) Venda de Mercadorias	Contraprestações líquidas
(+) Venda de Mercadorias	Variação das provisões técnicas
(-) Deduções da Receita Operacional Bruta	Receita com administração
Vendas Canceladas e Devoluções	Receita com Resseguro
Abatimentos	(-) Tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde
Impostos e Contribuições incidentes sobre Vendas	
Receita Líquida	

Fonte: Autor

A Demonstração do Resultado do Exercício segundo o CPC 26 inicia com a Receita Operacional Bruta, onde são registradas as receitas obtidas pela realização

da atividade principal da organização, proveniente geralmente da venda de mercadorias, venda de produtos ou prestação de serviços. Caso a empresa apresente mais de uma atividade principal, será detalhado o valor de cada atividade em nota explicativa, pois na demonstração é apresentado o valor total da Receita Operacional Bruta.

Após as receitas que as empresas obtiveram, para o CPC 26 vem as Deduções da Receita Bruta, que é formado pelas vendas canceladas e devoluções, pelos abatimentos e pelos impostos incidentes sobre vendas. As contas desse grupo são claras, as vendas canceladas ou devoluções, é o que foi vendido e por algum fator como, por exemplo, defeito de qualidade ou de fabricação, o cliente devolve à mercadoria a empresa que lhe vendeu. Já os abatimentos são reduções no preço de venda do produto após a entrega da mercadoria, por apresentar algum defeito em função do transporte, é concedido para evitar a devolução.

Os Descontos Incondicionais também são reduções no preço do produto, porém são deduzidos no momento de emissão da nota fiscal e não depende de eventos futuros para ocorrer.

Por fim os Impostos e Contribuições incidentes sobre Vendas são os impostos que guardam proporcionalidade com o preço da venda efetuada ou dos serviços prestados, mesmo que o respectivo montante integre a base de cálculo, tais como o ICMS (imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicações), o ISS (imposto sobre serviços de qualquer natureza), o IE (imposto sobre exportação), conforme determina o Ministério da Fazenda.

A demonstração da Agência Nacional da Saúde inicia com o registro das Contraprestações efetivas de planos de assistência à saúde, que são as receitas. A ANS para demonstrar suas receitas utiliza nomenclaturas específicas para suas contas, apresentando também mais tipos de receitas na sua DRE.

Nas contraprestações líquidas, são registradas as receitas da operadora do plano de saúde, ou seja, os contratos que a operadora possui com seus usuários. As receitas são de pré-pagamento, onde o usuário paga um valor determinado e terá direito a todos o procedimento que consta no Rol da ANS.

Variação das provisões técnicas é registrada um valor calculado através de metodologia atuarial, que tem por finalidade garantir aos usuários das operadoras

todas as coberturas previstas em seu contrato. Entre estas provisões, pode-se destacar a provisão para remissão que tem origem quando ao contratar o plano de saúde o titular faz a opção de garantir aos seus familiares à cobertura de atendimento por mais um determinado período sem pagamento de mensalidade no caso de seu falecimento. A metodologia do cálculo atuarial deve ser aprovada pela ANS.

Receitas com administração são registradas receitas relativas à taxa de administração, nos casos em que a operadora atua apenas como administradora de serviços para outra operadora, como exemplo quando é contratada pelas autogestões e caixas assistenciais, etc.

Receita com Resseguro é utilizada pelas operadoras de seguro saúde. A receita de resseguro é recebimento de outra seguradora pelo compartilhamento do risco quando da ocorrência de um sinistro.

Tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde são registrados os impostos sobre as operações com o plano de saúde da operadora. O PIS e a COFINS, possui legislação própria para as operadoras. O ISS por ser um imposto municipal, tem uma legislação específica em cada município.

A Agência Nacional de Saúde adota nomenclaturas diferentes das apresentadas pelo CPC, também detalha suas contas na apresentação da demonstração e não apenas em notas explicativas. Outro detalhe é a utilização de uma provisão para cálculo de uma de suas receitas, diferente do CPC 26 que utiliza apenas o que realmente aconteceu, a venda ou a prestação do serviço. Após as receitas e suas deduções, para a ANS vem os seus custos antes de apresentar um subtotal, já para o CPC antes dos seus custos aparece à receita líquida.

3.1.2 Análise dos custos.

Quadro 6 - Custos nas Vendas x Eventos indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos

CPC 26	ANS
(-) Custos nas Vendas	Eventos indenizáveis líquidos / Sinistros Retidos
Custo dos Produtos Vendidos	Eventos / Sinistros conhecidos ou avisados
Custo das Mercadorias	Variação da provisão de Eventos / Sinistros ocorridos e não avisados
Custo dos Serviços Prestados	Despesa com Resseguro
Lucro/Prejuízo Bruto	Resultado das Operações com Planos de Assistência a saúde

Fonte: Autor

Conforme o CPC 26, após o resultado líquido aparece os custos de vendas que deduzem do resultado líquido. Custo representa o quanto custou, para a empresa as mercadorias ou os produtos que foram vendidos em determinado período. O custo pode ser dos produtos fabricados, tudo que foi envolvido para a fabricação daquele produto. O custo das mercadorias, quando compra uma mercadoria pronta e revende, caso seja da finalidade da empresa. E o custo de prestar um serviço, enquadra também tudo que for envolvido para a realização daquele serviço.

A ANS adota nomenclaturas diferentes para seus custos, também o divide em dois grupos assim como em suas receitas e adota uma provisão. O termo Evento Conhecido ou Avisado significa que a operadora já está de posse dos custos que os seus usuários geraram na sua rede prestadora de serviços ou do seu recurso próprio. São os custos gerados pelos usuários do plano de saúde com consultas, exames, terapias, internação e demais procedimentos cobertos em seu contrato, conforme determinação da ANS. Estes custos podem ocorrer na rede conveniada da operadora. Também se contabilizada neste grupo, em conta redutora, as participações no custo que o usuário paga quando utiliza o plano de saúde, as co-participações, que são definidas na contratação do plano de saúde.

Provisão de eventos ocorridos e não avisados ou PEONA, é um cálculo efetuado para contabilizar uma provisão dos custos que já ocorreram na rede prestadora ou em seu recurso próprio e ainda não chegou à operadora. Esta Provisão está normatizada pela Agência Nacional da Saúde, e pode ser calculado adotando o

método da ANS ou por metodologia atuarial própria, desde que aprovada pela Agência. A variação é contabilizada mensalmente e pode ser credora ou devedora, dependendo da variação do cálculo.

Despesa com Resseguro é uma conta utilizada pelas operadoras de seguro saúde. A despesa de resseguro é o pagamento para outra seguradora pelo compartilhamento do risco quando da ocorrência de um sinistro.

Percebe-se que a ANS adota dois grupos de custos, o primeiro é custo onde ela já está ciente, ou seja, custo que já foi informado, pela rede conveniada ou em sua estrutura própria, e que deverá arcar com eles. O segundo é uma provisão de custo que já aconteceram, mas que ainda não foi informado à operadora, neste caso é feito uma provisão destes que pode ocorrer de duas maneiras: seguindo um normativo da ANS ou utilizando um método atuarial próprio e que foi aprovado pela ANS. Diferentemente do CPC 26, onde são adotados somente os custos que realmente aconteceram, o que foi gasto para produzir o produto ou prestar o serviço e o gasto para comprar mercadoria e revender, e não assume uma provisão. Após a apresentação dos custos para a ANS aparece o Resultado das operações com plano de assistência a saúde e para o CPC vem o Resultado Bruto.

3.1.3 Análise das Outras receitas operacionais de planos de assistência à saúde não relacionados com planos.

Quadro 7 - Outras receitas operacionais de planos de assistência à saúde não relacionados com planos.

ANS
Outras receitas operacionais de planos de assistência à saúde não relacionados com planos
Receitas de assistência à saúde não relacionadas com planos de saúde da operadora
Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar
Receitas com Operações de Assistência Odontológica
Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar (SUS)
Receitas com Operações de Assistência Odontológica (SUS)
Outras Receitas de Prestação de Serviços de Administradora de Benefícios
Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Odontológica
Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Médico Hospitalar
Outras Receitas Operacionais
(-) Tributos diretos de outras atividades de assistência à saúde
Outras despesas operacionais com plano de assistência à saúde
Provisão para perdas sobre créditos
Outras despesas de operações de planos de assistência à saúde
Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças
(-) Recuperação de Outras Despesas Operacionais de Assistência à Saúde
Outras Despesas Oper. de Assist. à Saúde Não Relac. com Planos de Saúde da Operadora
Resultado Bruto

Fonte: Autor

Em um primeiro momento na DRE da ANS é apurado apenas o Resultado das operações com plano de assistência à saúde, que é de fundamental importância, pois se tratando de uma atividade de risco, o número apurado mostra a saúde da carteira de usuários da operadora. Com esta informação é possível verificar qual o percentual de custo gerado em relação a sua receita. Quando falamos em atividade de risco, é em função de o usuário pagar um valor mensal pré- estabelecido e poder realizar um custo maior do que o valor pago para a operadora.

Antes do resultado bruto, a demonstração da Agência Nacional da Saúde, traz um grupo de contas de receitas e despesas, relacionadas à assistência a saúde, mas não relacionado ao plano da operadora. São as receitas e as despesas geradas para clientes que não tem plano de saúde.

Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar são as receitas com operações de saúde que não são vinculadas a usuários da operadora. Esta receita geralmente tem origem em recursos próprios da operadora (Hospital, Centro de Diagnóstico por Imagem, Laboratório), que fazem atendimento particular e convênio diretos com empresas para prestar atendimento de saúde. Neste caso não a cobrança de mensalidade, mas sim da conta hospitalar.

Receitas com Operações de Assistência Odontológica seguem o mesmo conceito das Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar. A origem desta receita são os atendimentos particulares e os convênios com empresas.

Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar (SUS) são receitas das operadoras que tem recurso próprio e atendem a Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como as Receitas com Operações de Assistência Médico-Hospitalar, esta receita não tem qualquer ligação com o plano de saúde da operadora.

Receitas com Operações de Assistência Odontológica (SUS) nesta conta são classificadas as receitas das operadoras de assistência odontológica quem que atendem ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Outras Receitas de Prestação de Serviços de Administradora de Benefícios são empresas que para funcionar dependem de autorização da ANS e tem como finalidade administrar a carteira de beneficiário das empresas. Uma empresa ao contratar um plano de saúde procura uma administradora para fazer a administração de seus funcionários, ela por sua vez irá procurar uma operadora onde poderá

gerenciar o contrato com o propósito de diminuir os custos. Serão registradas nesta conta as receitas que a administradora cobrará da empresa para presta este serviço.

Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Médico Hospitalar são receitas que acontecem quando a operadora possui uma rede de prestação de serviços, é registrada a taxa cobrada para atender os usuários que possuem plano na mesma rede, mas em outra localidade, e que são atendidos em sua rede prestadora. Este grupo é comum nas operadoras de plano de saúde, como o sistema Unimed. Exemplo: Um usuário que tem Plano de Saúde com a Unimed Joinville é atendido em uma clínica em Florianópolis e tem um custo de R\$ 1.000,00. A Unimed Florianópolis faz o pagamento para clínica e será a reembolsada pela a Unimed Joinville, pelo valor de R\$ 1.000,00, mais uma taxa de administração que para efeitos de cálculo utilizaremos 7%. A Unimed de Florianópolis Registrará o valor de R\$ 1.000,00 pago e o recebido em contas patrimoniais, tornando o resultado nulo e valor de 7% neste caso R\$ 70,00 contabilizado com Receita com Administração de Intercâmbio eventual.

Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Odontológica é um processo igual ao das Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Médico Hospitalar, seguindo o mesmo conceito.

Outras Receitas Operacionais onde são registradas as demais receitas não relacionadas com o plano. Não é um grupo muito utilizado, mas pode ocorrer de haver imóvel próprio locado para terceiro e o aluguel recebido é contabilizado neste grupo.

Tributos diretos de outras atividades de assistência à saúde são registrados os impostos sobre as receitas não relacionadas com o plano de saúde da operadora. Assim como mencionado na conta Tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde, o PIS e a CONFINS possuem legislação própria, enquanto o ISS é um imposto de caráter municipal e cada município possui a sua legislação.

Outras Despesas de Operações de Planos de Assistência à Saúde são registradas as demais despesas operacionais que ocorrer e não contempladas nas contas anteriores.

Provisão para perdas sobre créditos neste grupo são registradas as provisões para perdas sobre os créditos de acordo com o critério adotado pela ANS.

Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças nesta conta são contabilizados os gastos da operadora com a medicina preventiva. Muitas operadoras fazem levantamento dos pacientes que tem uma maior probabilidade de contrair algumas doenças e começa a investir antes que ela apareça, fornecendo assistência através de monitoramento, academias, palestras e demais atividade que possam diminuir o risco e o custo no futuro.

Recuperação de Outras Despesas Operacionais de Assistência à Saúde registra as recuperações de despesas operacionais em decorrência do cancelamento ou restituição das mensalidades dos planos de assistência a saúde. Exemplo: o usuário faleceu e a família não comunicou a operadora e a mensalidade continuou sendo cobrada. Nesta conta ver ser contabilizada a restituição deste o valor para a família quando a operadora ficar ciente da ocorrência.

Outras Despesas operacionais de Assistência à Saúde Não Relacionada com Planos de Saúde da Operadora nesta conta são contabilizadas os custos dos atendimentos particulares e dos convênios com as empresas.

Neste segundo grupo onde são apresentadas as receitas e as despesas operacionais de planos de assistência à saúde não relacionada com planos da operadora, não há qualquer interferência da ANS em relação a preço, tipo de atendimento e qualquer outra informação de usuários, como acontece com o primeiro grupo onde todas as informações do contrato e utilização do mesmo são enviadas periodicamente para a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Após este grupo a demonstração do resultado conforme a ANS, também chega ao Resultado Bruto.

3.1.4 Análise das Despesas Financeiras, Administrativas e Patrimoniais

Quadro 8 - Despesas Financeiras, Administrativas e Patrimoniais

CPC 26	ANS
(-) Despesas	Despesas com comercialização
Despesas Com Vendas	Despesas Administrativas
Despesas Administrativas	Resultado Financeiro Líquido
Despesas Logísticas	Receitas Financeiras
(+/-) Outras receitas e despesas operacionais	Despesas Financeiras
(+) Resultado da Equivalência Patrimonial (MEP)	Resultado Patrimonial
(+/-) resultado na venda de imobilizado	Receitas Patrimoniais
Lucro Antes do Resultado Financeiro	Despesas Patrimoniais
(-) Despesas Financeiras	Resultado antes dos impostos e participações
(+) Receitas Financeiras	
(+/-) Variações Monetárias e Cambiais	
(+) Receita da equivalência Patrimonial (MEP)	
(-) Prejuízo da equivalência patrimonial	
(+/-) resultado na venda de imobilizado	
Resultado antes dos impostos sobre a renda	

Fonte: Autor

Após o resultado bruto é possível perceber nos dois modelos de DRE, que aparecem contas idênticas, muda apenas a estrutura onde são apresentadas as contas. As primeiras contas que aparecem são semelhantes, pelo CPC vem à conta despesas com venda que são comissões, fretes, propaganda etc. No caso da DRE da ANS são as despesas de comercialização para vender os planos. Aparece também nos dois modelos as despesas administrativas que é os gastos com salários da parte administrativa, aluguel, água, luz etc.

Nos dois modelos de Demonstração do Resultado do Exercício, também aparecem às receitas e despesas financeiras, onde receitas com juros, descontos obtidos, rendimentos de aplicações financeiras, entre outros, são considerados receitas financeiras e as despesas financeiras entende-se por juros pagos, descontos concedidos, juros sobre empréstimos bancários etc. Porém em campos diferentes enquanto a ANS trabalha com um grupo de resultado financeiro para

essas duas contas, o CPC não utiliza um grupo específico para eles aloca antes do Lucro/Prejuízo antes dos impostos sobre a renda.

Na demonstração da ANS ainda aparece um último grupo de receitas e despesas patrimoniais. Nas receitas estão contabilizadas as vendas de ativo imobilizado os dividendos recebidos de participação em outras empresas e o resultado da equivalência patrimonial positiva. Nas despesas os custos com a venda de imobilidade e o resultado da equivalência patrimonial negativa.

No grupo de outras receitas e despesas operacionais são registrados as receitas e despesas que fazem parte no processo operacional da empresa, como o exemplo da máquina citado acima, ou o resultado da equivalência patrimonial que é quando a empresa possui investimento em outra organização e este investimento é avaliado pelo Método da Equivalência Patrimonial, o resultado é lançado neste grupo.

Após estes grupos, nos dois modelos se chega ao resultado antes das apurações dos impostos, no modelo do CPC 26 denominado de Lucro/Prejuízo antes dos impostos sobre a renda e pela ANS Resultado antes dos impostos e participações.

3.1.5 Análise do Resultado do Exercício

Quadro 9 - Resultado do Exercício

CPC 26	ANS
(-) Imposto de Renda corrente	Imposto de Renda
(-) Contribuição Social Sobre o Lucro corrente	Contribuição Social
Resultado Líquido Período	Impostos Diferidos
(-) participação de sócios não controladores: Debêntures, Empregados, Participações de Administradores, Partes Beneficiárias, Fundos de Assistência e Previdência para Empregados	Participações sobre o Lucro
Resultado líquido do Exercício	Resultado Líquido

Fonte: Autor

Assim como acontece após o lucro bruto, após o resultado antes dos impostos as dois modelos apresentam contas idênticas, onde aparece o imposto de Renda e a Contribuição Social, e também a participações sobre o lucro de terceiros nos dois casos. E por fim os dois modelos chegam ao Resultado Líquido do Período.

4 CONCLUSÕES E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Este capítulo apresenta as conclusões quanto aos objetivos e quanto aos resultados desta pesquisa. Traz também sugestões para novos estudos.

4.1 Conclusões

A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil, através da ANS, trouxe exigências destinadas às operadoras de planos privados de assistência a saúde, instituindo normas e procedimentos a serem adotados para se adaptarem ao mercado de saúde suplementar.

Dessa maneira, o estudo foi voltado para analisar uma parcela desta regulamentação voltada ao setor de contabilidade das operadoras, de maneira específica uma demonstração contábil a Demonstração do Resultado do Exercício.

O objetivo principal deste estudo foi apresentar o modelo de Demonstração do Resultado do Exercício utilizada pelas operadoras do plano de saúde e comparar com o modelo que o Conselho Federal de Contabilidade, através do CPC 26, adota.

Durante o estudo foi visto que a Agência Nacional de Saúde determina que as organizações no ramo de saúde suplementar, devem adotar plano de contas e também demonstrações contábeis seguindo padrão que a ANS determina. Seguindo isto foi conhecido que a ANS desde sua implementação foi emitindo normas para regulamentar o setor, as normas utilizadas para a realização deste trabalho foram a RN nº 314 de 2012 que aborda sobre o plano de contas padrão e a RN Nº 344 de 2013 que dispõe sobre os modelos de demonstrações contábeis, informando o mínimo de informação que estas devem conter pela sua ótica.

Percebeu-se também que o Conselho Federal de Contabilidade, adota regulamentações que trazem o mínimo de informação que a Demonstração do Resultado do Exercício necessita conter. Desta maneira através do Comitê de Pronunciamento Contábil, emite pronunciamentos para regulamentar o meio contábil no país e aderir à convergência das normas internacionais, desta maneira através do CPC 26, o Conselho Federal de Contabilidade determina o mínimo de informações que a Demonstração do Resultado do Exercício deveria conter na sua visão.

Com os modelos definidos, foi possível analisar as estruturas e organização da Demonstração do Resultado do Exercício pelas duas óticas é possível perceber de início que aparecem nomenclaturas diferentes utilizadas. Enquanto o CPC utiliza Resultado Operacional Bruto para evidenciar as receitas referentes à principal atividade da organização, e caso possua mais de uma atividade será exposto em notas explicativas, a Agência Nacional da Saúde adota Contraprestações Líquidas que seria a receita que as operadoras possuem com seus usuários, principal atividade de uma operadora de plano de saúde. Foi possível perceber que a ANS detalha mais suas receitas, caso possua, a operadora demonstrará na DRE e não apenas nas notas explicativas. Outro ponto é a utilização de uma provisão como redutora das receitas na demonstração da ANS. As provisões sempre calculadas através de metodologia atuarial têm a finalidade de garantir ao usuário que optaram por esta modalidade de contrato os recursos necessários para seus atendimentos quando precisar utilizar.

Ainda com relação às receitas, as duas demonstrações trazem os abatimentos com impostos, no caso do CFC apresenta também devoluções, cancelamentos. Com isso é possível ver um tratamento diferente em relação às receitas, o CPC e a ANS possuem visões diferente em relação ao que compõe suas receitas.

Após as receitas, a demonstração do CPC apresenta um subtotal chamado de receita líquida, para depois demonstrar seus custos. Já a ANS primeiro apresenta os custos para depois trazer um subtotal, denominado de Resultado das Operações com Planos de Assistência a Saúde. Nas receitas também aparecem nomenclaturas diferentes, enquanto o CPC apresenta Custo com vendas, serviços ou produto a ANS utiliza Eventos / Sinistros conhecidos ou avisados que são os custos que as operadoras têm com seus usuários e já conhecem, ou seja, sabem o valor do custo. Assim como acontece nas receitas a demonstração da Agência Nacional da Saúde utiliza uma provisão, a Variação Provisão de eventos ocorridos e não avisados conhecida como PEONA, que busca fazer uma estimativa dos custos que já aconteceram na operadora, mas ainda não chegou o valor até a contabilidade. Foi possível analisar que assim como nas receitas a demonstração de Resultado utilizada pela ANS apresenta características diferentes, buscando um maior detalhamento na apresentação. Após o custo a demonstração do CPC chega ao

Lucro / Prejuízo Bruto enquanto a ANS demonstra mais um grupo de contas antes do Resultado Bruto.

Antes de chegar ao seu Resultado Bruto a Agência Nacional da Saúde apresenta um grupo de contas relacionadas à assistência a saúde, mas não relacionado ao plano da operadora com seu cliente. Novamente a ANS busca detalhamento maior na Demonstração do Resultado do Exercício.

Após as duas demonstrações chegarem ao Lucro Bruto, percebe-se que apesar de estarem estruturadas de maneira diferente, as duas demonstrações apresentam contas idênticas, essa igualdade segue também na apuração dos impostos chegando até o resultado líquido do período.

Dessa maneira neste estudo foi possível analisar dois modelos de Demonstrações do Resultado exercício que apesar de seguirem as normas contábeis são diferentes em sua estrutura, nas nomenclaturas de suas contas e no grupo de contas que apresentam. É possível perceber que a Agência Nacional de Saúde busca detalhamento maior em sua demonstração, para poder entender como o mercador que ela regula está sendo gerido pelas operadoras, desta maneira a primeira parte da demonstração de resultado no modelo da Agência Nacional da Saúde, onde se encontram contraprestações e os eventos/sinistros, são importantes para a ANS, pois demonstra a parte operacional que é regulada por ela. Este detalhamento maior por parte da ANS existe, pois ela foi criada e implementada para regulamentar um determinado setor, o de saúde suplementar, deste modo suas normas e regulamentações são destinadas somente a este setor, enquanto o CFC através dos seus Comitês de Pronunciamento Contábil busca regulamentar o setor contábil como um todo, é um modelo de demonstração mais genérica.

4.2 Sugestões para estudos futuros.

Por meio da realização deste trabalho, observou-se que há outros assuntos que podem ser utilizados na realização de pesquisas futuras. Em primeiro momento, sugere-se que seja analisada se as operadoras de plano de saúde seguem os modelos de demonstrações contábeis que a ANS determina.

Pode se fazer pesquisa também em relação aos custos das operadoras de plano de saúde. No plano de contas padrão exposto pela ANS, há o grupo sete, um grupo de contas transitórias para apuração de custos. Depois de passados por este

grupo, os custos são transferidos para o grupo de Eventos indenizáveis Líquidos / Sinistros Retidos, pode-se estudar como ocorre este processo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patrícia Reis de. **A gestão da comunicação na sociedade da informação**: o caso de uma agência reguladora. 2005. 171 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes_A_Gestao_da_comunicacao.pdf>. Acesso em Set.2015

ARAÚJO, Ângela Maria. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil**: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004.116 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes_A_Regulacao_do_Mercado_de_SS_no_Brasil.pdf>. Acesso em Set.2015

BEUREN, Ilse Maria; RAUPP, Fabiano Maury. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2006. 3º ed.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em Set.2015

BRASIL. Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 jan. 2000. (edição extra). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em Set.2015

BRASIL. Medida provisória nº 1.665, de 04 de junho de 1998. Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas/1665.htm. Acesso em Set.2015

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 314, de 23 de novembro de 2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2012/res0314_23_11_2012.html>. Acesso em Set.2015

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN nº 344, de 20 de dezembro de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2013/res0344_20_12_2013.html>. Acesso em Set.2015

Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC 26. Disponível em: <http://static.cpc.mediagroup.com.br/Documentos/312_CPC_26_R1_rev%2003.pdf>. Acesso em Set.2015

Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em Set.2015

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2008. 4ºed.

IUDÍCIBUS, Sérgio de; MARION, José Carlos, **Contabilidade Comercial.** São Paulo: Atlas, 2004. 6ª ed.

MARION, José Carlos, **Contabilidade Empresarial.** São Paulo: Atlas, 2003. 10ª ed.

MONTONE, Januario. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2003. p. 7-16. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_4.pdf>. Acesso em Set.2015

Normas Brasileiras de contabilidade – NBC T. 3.3. Disponível em: <<http://www.portaldecontabilidade.com.br/nbc/t33.htm>> Acesso em Set.2015

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses.** Rio de Janeiro: Elsevier: Campus, 2010. 5ºed.