FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – FATECS
CURSO: CIÊNCIAS CONTÁBEIS
LINHA DE PESQUISA: GESTÃO FINANCEIRA DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE
ÁREA: GESTÃO FINANCEIRA

JÁRLISSON SANTANA GRIMALDI DE OLIVEIRA
21508768

AUTOGESTÃO EM SAÚDE: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017

Brasília
2019

JÁRLISSON SANTANA GRIMALDI DE OLIVEIRA

AUTOGESTÃO EM SAÚDE: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como um dos requisitos para a conclusão do curso de Ciências Contábeis do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador: Francisco Avelino de Assis

Brasília
2019

JÁRLISSON SANTANA GRIMALDI DE OLIVEIRA

AUTOGESTÃO EM SAÚDE: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como um dos requisitos para a conclusão do curso de Ciências Contábeis do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Brasília, _____ de _____ de 20____.

Banca Examinadora

_____
Prof. (a):
Orientador(a)

_____
Prof. (a):
Examinador(a)

_____
Prof. (a):
Examinador(a)

Brasília
2019

AUTOGESTÃO EM SAÚDE: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017

Járlisson Santana Grimaldi de Oliveira
Francisco Avelino de Assis

RESUMO

A autogestão, que é a modalidade de entidade mais tradicional no âmbito da saúde suplementar, possui uma grande responsabilidade pela criação e o desenvolvimento desse setor no Brasil. Apesar de sua importância histórica, esse segmento tem tido serias dificuldades há vários anos em manter a sua sustentabilidade. Entre os desafios encontrados pela, o aspecto econômico-financeiro foi um deles. Dentro desse cenário, este artigo, utilizando a metodologia quantitativa de avaliação de resultados, analisou os indicadores econômico-financeiros dessa modalidade entre 2010 a 2017 comparando os seguintes parâmetros: a média do setor em geral, os índices das doze melhores empresas e das doze entidades com pior avaliação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar. Conforme o esperado, as empresas de avaliação superior possuem indicadores de todas as naturezas melhores do que as demais. Ao que tudo indica, essas vantagens podem ser atribuídas a uma melhor administração de seus eventos indenizáveis e esse fator é complementado por uma bem-sucedida política de ativos financeiros.

Palavras-chave: Autogestão em saúde. Análise indicadores financeiros. Saúde suplementar.

1 Introdução

Ocorreram mudanças relevantes na saúde suplementar brasileira nos últimos 40 anos. De um setor que em seu início prestava serviço basicamente para um pequeno nicho de servidores públicos e funcionários de grandes empresas, transformou-se em um ramo de negócio que atende cerca de 20% da população (ANS, 2019b).

No século XXI, os fatores mais importantes que ocorreram no setor foram:

a) a introdução de um agente regulador no setor ocasionando maiores exigências nas práticas operacionais do setor;
b) o aumento do desemprego e a redução do PIB que produziram uma forte retração no setor.

Em relação ao segundo aspecto, nos últimos dois anos, foi possível observar uma estabilização do número de beneficiários dentro da saúde suplementar. Entretanto, dentro desse campo, houve segmentos que foram mais fortemente prejudicados, sendo as autogestões uma delas.

Essa modalidade tem perdido cada vez mais o número de beneficiários e sua participação no setor em geral. Para exemplificar a situação, em 2000 elas possuíam 5,3 milhões beneficiários, o que significava 17% do total do setor. Já no final de 2018, detinham 4,6 milhões representando aproximadamente 9% de toda a saúde suplementar (ANS, 2019b).

Uma das causas prováveis para esse fenômeno está atrelado aos problemas financeiros que elas têm enfrentado, dada a dificuldade de atender exigências da ANS e as complicações encontradas durante o período de recessão econômica.

Neste contexto, este estudo busca analisar os indicadores financeiros da modalidade autogestão entre os anos de 2010 e 2017, com objetivo de verificar se os indicadores refletem efetivamente a realidade do setor, em uma análise comparativa entre as melhores, as piores empresas e a tendência geral da modalidade em relação a sua sustentabilidade financeira.

2 Mercado da Saúde Suplementar

O sistema de saúde brasileiro é dividido em dois sistemas: o público composto essencialmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) financiado pelo orçamento público e administrado pelos entes federativos; e o privado que é subdividido em dois

setores: o da saúde suplementar composto pelo os planos de saúde e a medicina liberal clássica, composta por profissionais autônomos (CONASS, 2011).

Atualmente o setor privado é de essencial importância na prestação de saúde do Brasil custeando um total de 54,7% em relação total de gasto com saúde no país. Uma situação que é atípica para um Estado que possui um sistema universal de saúde, pois, em países que possuem sistemas de prestação de saúde como o do Brasil, o gasto público costuma ultrapassar 60% dos gastos totais (CONASS, 2011).

Com a finalidade de um mais amplo entendimento da saúde suplementar, é necessária uma contextualização histórica, podendo ser demarcada em dois períodos: o anterior e o posterior a criação da Agência Nacional de Saúde.

2.1 Período anterior a criação da ANS

Conforme Bahia (2001), as operadoras de planos de saúde (OPS) no Brasil têm seus primórdios em duas origens: a primeira nos órgãos de assistência aos empregados e aposentados do setor público, sendo a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) criada em 1944 e um ano após implantou-se o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual GEAP). A segunda fonte são os sistemas assistenciais privados das montadoras estrangeiras que vieram para o Brasil no pós-guerra.

Durante a década de 60, por causa das mudanças previdenciárias que acarretaram na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), houve uma ampliação do número de contribuintes sob a tutela do Estado, contudo o sistema médico previdenciário da época não possuía uma estrutura para comportar o aumento de usuários. A partir desse problema, o governo começou a criar convênios com hospitais e clínicas privadas e a expandir leitos por meio de empréstimos subsidiados (BAHIA, 2001; BRAVO, 2001; LEMOS, 2008).

Com esse ambiente, as medicinas em grupos começaram a ser organizadas e como alternativa a ela surgiram as Unimed’s no formato de cooperativas de trabalho, dado que, no início da década de 80, esses dois grupos já possuíam cerca de 15 milhões de beneficiários (Bahia, 2001).

Na década de 90, a expansão do mercado suplementar continuou a evoluir, em razão do aumento de renda da população em conjunto com a baixa qualidade dos serviços públicos. Porém, a falta de regulação por boa parte do mercado, que ocorria

desde a década de 60, acarretou em diversas práticas indevidas pelos planos de saúde no Brasil durante esse período.

De acordo com um relatório do Banco Mundial de 1995, as operadoras brasileiras praticavam: seleção adversa excluindo parte significativa da população de suas carteiras, oferecia uma cobertura insuficiente e praticava desligamentos unilaterais de usuários de alto risco.

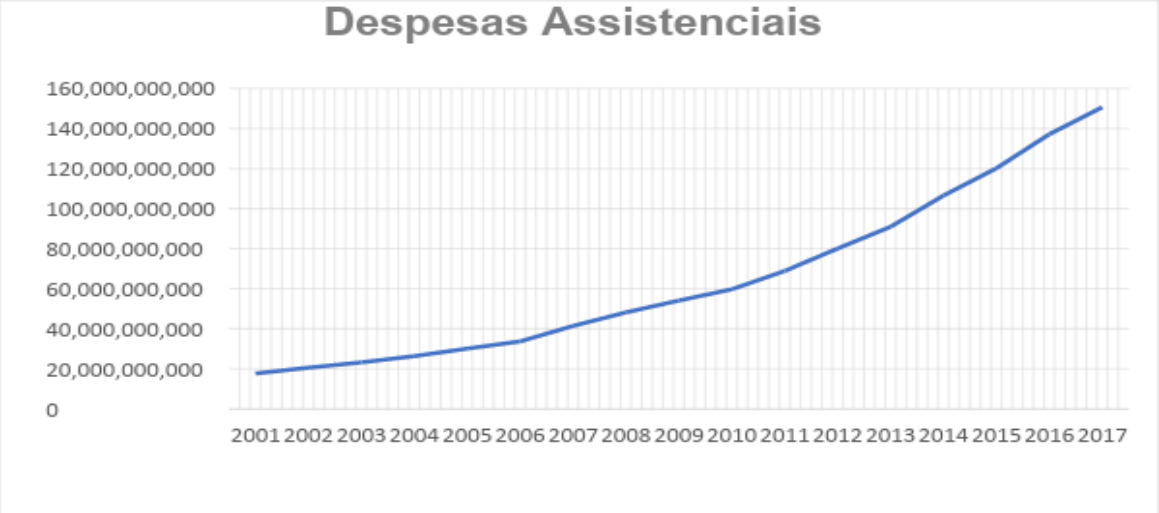
Dentro desse cenário, o governo começou a ser pressionado por diversas organizações da sociedade civil para implementar uma regulação mais eficiente sobre a saúde suplementar (SATO, 2007). Assim, em 1998, foi aprovada a lei 9.656 que alicerçou e padronizou as coberturas necessárias pelos planos de saúde e posteriormente para a fiscalização dessa nova regulamentação. No ano seguinte a criação da lei, foi fundada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Medida Provisória no 2.012-2, convertida na lei n° 9.961 de janeiro de 2000.

2.2 Período após a criação da ANS

A criação da ANS é um ponto essencial para entender o mercado de saúde suplementar atual, pois suas normas e regulações moldaram grande parte da situação e da composição do mercado.

O primeiro fator foi o estabelecimento do rol de procedimentos e eventos de saúde que consistem em uma cobertura mínima obrigatória em conformidade com a segmentação do plano de saúde (ANS, 2012). Essa determinação em conjunto com o envelhecimento populacional ainda mais acentuado no âmbito da saúde suplementar e aliado com o desenvolvimento de técnicas mais avançadas na prestação de saúde aumentaram significativamente as despesas assistenciais (IESS, 2013; STIVALI, 2011). Conforme, apresentado no gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1 – Evolução das Despesas Assistenciais



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

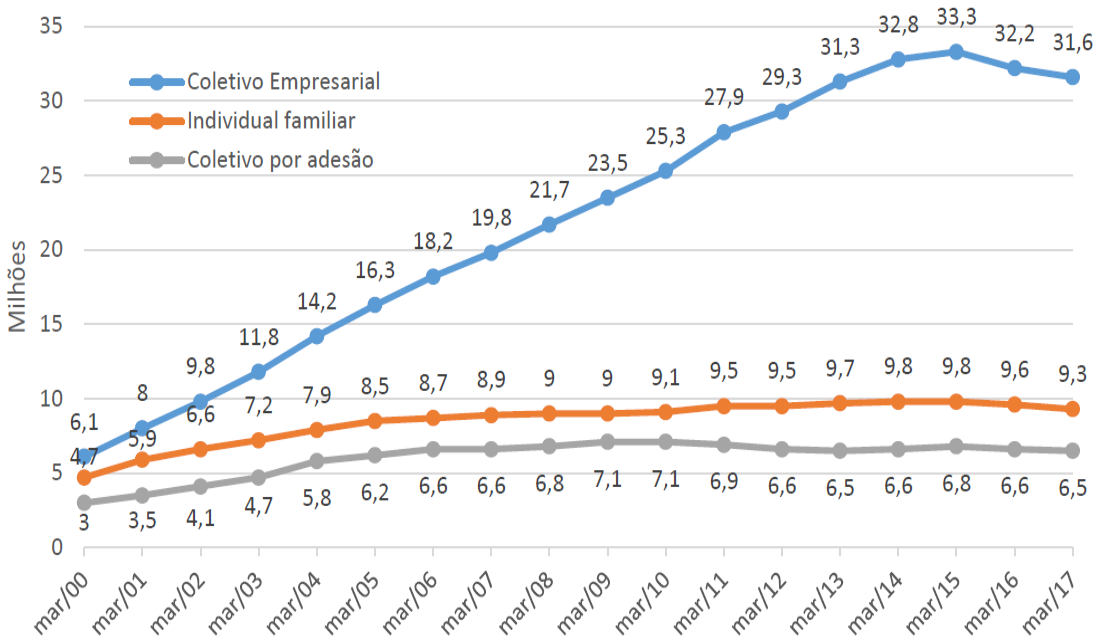
Desde 2001 as despesas assistenciais (incluindo médicas e odontológicas) tiveram um aumento de 750%, embora a sinistralidade[1] manteve-se relativamente estável durante todo esse período com um aumento de apenas 6% dentro desse prazo.

Além disso, outro fator importante em relação ao processo regulatório da ANS é o controle do reajuste da mensalidade. A agência possui uma política de manutenção do preço diferente em relação ao tipo de plano (SOUZA JUNIOR, 2018). Enquanto os planos coletivos empresariais possuem uma relação de livre mercado, sendo esses reajustes determinados pela operadora e a empresa contratante, em contrapartida, os planos individuais são rígidos, ou seja, não sendo possível a alteração do valor a menos que a ANS autorize.

O contexto apresentado auxiliou para a continuidade e o aumento da preponderância dos planos coletivos em relação aos individuais, sendo aqueles responsáveis por 70% do mercado atual. É importante salientar que os planos coletivos, conforme já mencionado anteriormente, surgiram primeiro no Brasil, assim sendo possuem uma prevalência histórica em relação aos individuais.

Gráfico 2 – Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação

[1] O índice das despesas assistenciais, médicas ou sinistralidade. Indica a relação entre as despesas e o total das receitas com operação de planos de saúde.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Além das questões referentes ao público externo sobre a cobertura e a mudança de preços, a ANS também começou a exigir transparência e boa gestão financeira das empresas, com a finalidade que os serviços prestados não sejam paralisados.

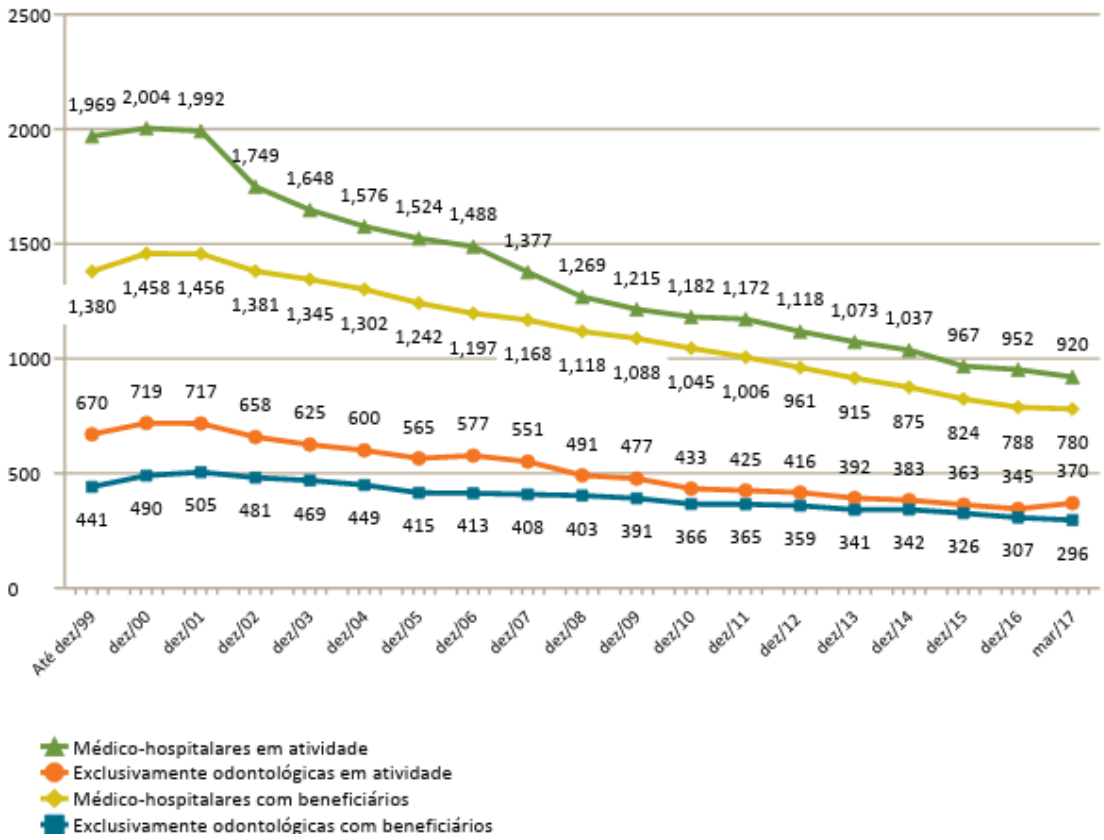
Em 2001, com a publicação da n° RDC 77/2001 (atual RN 209), a ANS regulamentou as garantias financeiras mínimas das operadoras de planos de saúde, tais como: margem de solvência, patrimônio mínimo ajustado (PMA) e provisões técnicas[2]. Elas são lastreadas pelos ativos garantidores[3] das instituições. Essas informações são enviadas trimestralmente para ANS no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS).

As inúmeras determinações impostas pelo órgão regulador causaram dificuldades para entrada de novas empresas, assim como a continuidade de algumas empresas já inseridas no mercado (SATO, 2007). Dessa forma houve uma queda pela metade do número de empresas atuando na saúde suplementar mesmo com aumento do número de beneficiários nesse intervalo, conforme mostra o gráfico 3 abaixo:

[2] Os valores contabilizados no passivo e que devem refletir as obrigações esperadas decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde.

[3] Ativos Garantidores são bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários que lastreiam as provisões técnicas ativo garantidor é a efetivação financeira real da garantia escritural refletida pela provisão técnica.

Gráfico 3 – Empresas ativas na ANS



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Outra questão enfrentada pelo setor é se a ANS auxiliou na concentração do setor da saúde suplementar. No âmbito médico hospitalar, 23 empresas (2,2% do total) concentram 50% dos beneficiários. No início da década, esse mesmo percentual era composto por 36 empresas. No âmbito exclusivamente odontológico, a situação é ainda mais alarmante em que 31 operadoras (7,7% do total) possuem 83% dos usuários. (ANS, 2009; ANS, 2018)

Tabela 1 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - março/2017)

Cobertura assistencial do plano	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
Assistência médica			
3.784.020	7,9%	1	0,1%
9.623.859	20,2%	3	0,4%
14.765.960	31,0%	6	0,8%
19.264.034	40,5%	12	1,5%
23.821.429	50,0%	23	2,9%
28.546.166	60,0%	42	5,4%
33.337.615	70,0%	80	10,2%

38.064.273	80,0%	144	18,4%
42.824.252	90,0%	265	33,8%
47.606.341	100,0%	780	100,0%
Exclusivamente odontológico			
5.469.852	24,3%	1	0,2%
7.410.468	33,0%	2	0,5%
10.390.861	46,2%	4	1,0%
11.869.178	52,8%	6	1,5%
13.625.982	60,6%	9	2,2%
16.106.394	71,7%	15	3,7%
18.642.388	83,0%	31	7,7%
20.713.277	92,2%	74	18,4%
22.468.131	100,0%	403	100,0%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar

3 Modalidades de operadoras

A ANS classifica as operadoras de planos de saúde de diversas formas, por exemplo, pelo seu número de beneficiários, pela cobertura assistencial ou pela segmentação.

Uma das classificações é a modalidade de operadora que distribui as entidades, conforme o seu estatuto jurídico, regulada pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Nº 39 de 2000 e suas posteriores modificações a RN 137 de 2006 e a RN 196 de 2009 que dispõe as seguintes modalidades:

a) Administradora: a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos;
b) Cooperativa médica e odontológica: as pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, Planos Odontológicos ou ambos;
c) Medicina e odontologia de grupo: empresas ou entidades em geral que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, Planos Odontológicos ou ambos;
d) Filantropia: as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao

Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente.

e) Seguradoras: empresas que atuam com seguros de saúde não possuindo nenhuma rede própria apenas efetuando o reembolso dos gastos médicos e odontológicos (BRASIL, 2001).
f) Autogestão: as entidades que possuem uma carteira de clientes fechada relacionada a uma ou mais instituições do setor público, empresas privadas ou associações civis de funcionários que podem ser sua instituidora, mantenedora ou patrocinadora.

A autogestão é uma modalidade bastante heterogênea, pois há diversas formas de criação e manutenção dessas entidades. A ANS a classifica em três tipos: autogestão por RH, com mantenedor e sem mantenedor.

A autogestão por RH é caracterizada pela não formação de uma nova pessoa jurídica para prestação dos serviços de plano de saúde, em que o setor de RH ou órgão similar da empresa ou entidade pública administra e oferece os planos da saúde aos seus empregados, ex-funcionários, aposentados e pensionistas, ou seja, a entidade não possui como sua finalidade a intermediação de serviços de saúde é apenas uma atividade-meio para melhorar a qualidade de vida de seus colaboradores.

Por esse atributo de não ser uma entidade apartada da sua instituidora a ANS não obriga essas autogestões a apresentação de demonstrações financeiras apenas orientando que na Demonstração de Resultado de Exercício (DRE) sejam identificadas as despesas médicas.

A autogestão com mantenedora é a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, vinculada à entidade pública ou privada, que possui um mantenedor que garante os riscos da operação com o determinado lastro financeiro.

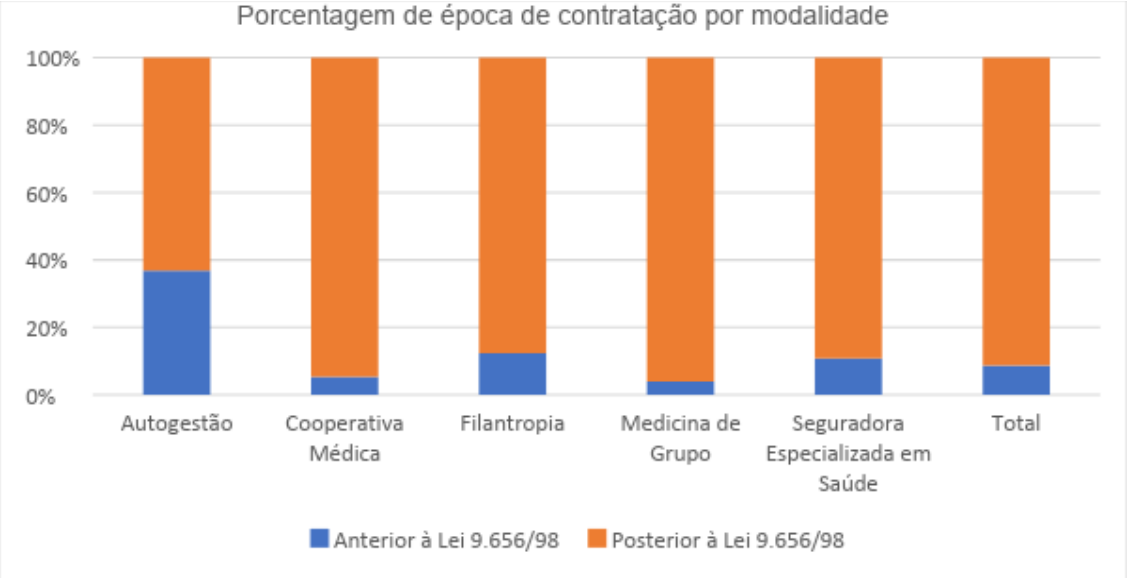
A autogestão sem mantenedora é a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, vinculada à entidade pública ou privada, que não possui um mantenedor financeiro. Esse tipo de segmentação possui uma patrocinadora que cobre parcialmente as contraprestações dos seus funcionários, sendo a outra parte paga pelo próprio beneficiário.

3.1 O mercado de saúde suplementar e a autogestão

Considerando que a criação da saúde suplementar foi realizada com organizações vinculadas a empresas e entidades públicas para prestação de serviços, seja por rede própria ou reembolso de terceiros, entende-se que as primeiras operadoras de planos de saúde no Brasil são da modalidade de autogestão. Ser a mais antiga modalidade implica em inúmeras posições que distinguem as autogestões do resto do mercado.

A primeira é a quantidade de contratos antigos, ou seja, contratos firmados anteriormente lei 9.656/98 valendo, portanto, o que foi estabelecido no contrato. A autogestão ainda possui em sua carteira cerca de 36,8% de contratos antigos, sendo que a média não chega a 9% e, na segunda colocada, que é a filantropia, esse tipo de contrato é 12% do total de sua carteira, conforme mostra o gráfico 4.

Gráfico 4 - Porcentagem de época de contratação por modalidade em 12/2018



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

Além disso, a autogestão era a única modalidade ainda no início dessa década que detinham mais contratos antigos do que novos estabelecidos com seus beneficiários.

Esse contexto pode ser considerado ruim para os beneficiários do setor, dado que os contratos antigos possuem um número maior de cláusulas abusivas e um número menor dos procedimentos atendidos (IDEC, 2019).

Mais uma das consequências da antiguidade das autogestões é a faixa etária que compreende a sua carteira. Os idosos compõem em média 24,9% dos beneficiários das autogestões, enquanto todo o mercado de saúde suplementar possui uma média 13,7% (ANS, 2019b).

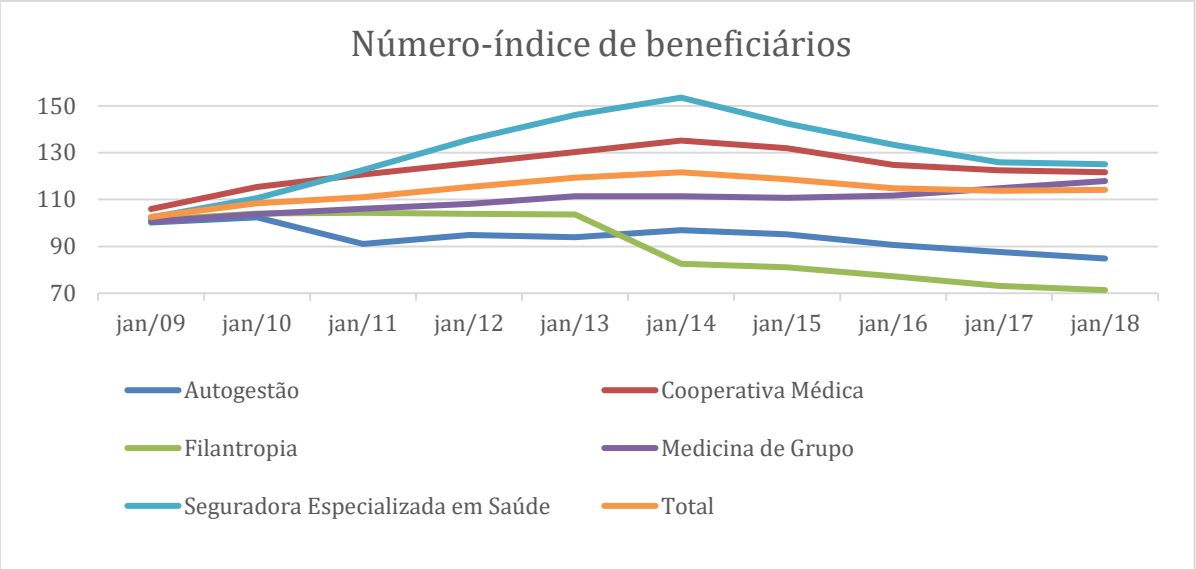
Um exemplo que demonstra bem isso é a segunda maior autogestão em números de beneficiários, a GEAP, que possui um percentual de idosos em seus planos de saúde de 49,4%, o maior entre todas as empresas de grande porte da saúde suplementar.

Considera-se também que a elevada faixa etária pode ocasionar a ocorrência de níveis melhores de prestação a saúde e uma elevada promoção à saúde primária aos seus beneficiários por parte das autogestões em distinção ao mercado (UNIDAS, 2013).Entretanto, os Indicadores da Dimensão Qualidade em Atenção em Saúde (IDQS) e os Indicadores da Dimensão Garantia de Acesso (IDGA) mostram que autogestão apresentam índices inferiores à média do setor em 2016 (ANS, 2017).

Independente da razão do elevado nível de envelhecimento, o fato dele existir provoca inúmeras situações que merecem a atenção do setor. Dentre essas está que a sinistralidade da autogestão é a maior com 94% das despesas assistenciais em relação às contraprestações efetivas, enquanto a média do setor foi de 83% em 2018.

Outro aspecto é a queda constante de beneficiários na autogestão. Enquanto o mercado de saúde suplementar apenas teve quedas significativa de beneficiários nos anos de 2015 e 2016, a partir de 2017 mesmo com uma leve diminuição de consumidores o setor começou a se estabilizar e em 2018 voltou a ter um acréscimo de beneficiários. Todavia, a autogestão já possuía uma elevada queda de beneficiários desde meados de 2010 e diferente da média do setor os números de beneficiários da modalidade continua a diminuir atualmente, apenas a filantropia apresenta uma situação semelhante, conforme demonstrado no gráfico 5:

Gráfico 5 - Número-índice de beneficiários, segundo a modalidade da operadora.



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

Certos autores afirmam (UNIDAS, 2013; MELLO, 2017; CANDIDO, 2016) que por vezes a falta de competitividade das autogestões são ocasionadas pela falta de políticas específicas em relação a modalidade por parte da ANS. Eles salientam que em várias ocasiões as orientações e exigências feitas pelo órgão regulador levam em consideração apenas as empresas com finalidade lucrativas, dessa forma a modalidade fica prejudicada em relação ao restante do setor.

Um exemplo citado é a incidência do Código de Defesa do Consumidor na modalidade o que, segundo eles, não deveria ocorrer, pois a relação do beneficiário da autogestão estaria mais próxima de um associado, já que esse dispõe de um poder político sobre a organização o que um consumidor comum não teria.

4 Análise dos indicadores econômico-financeiros

Os indicadores financeiros fazem parte dos mecanismos básicos de avaliação de empresas. Esse instrumento basicamente representa os números e percentuais inter-relacionados com os elementos patrimoniais, com o objetivo de abstrair algumas informações dos dados financeiros brutos presentes nas demonstrações financeiras (BENEDICTO, PADOVEZE, 2010).

Os indicadores mais comuns são: liquidez corrente e geral, composição de endividamento, endividamento geral, prazo médio de pagamento e recebimento, retorno sobre o ativo e o patrimônio líquido. Mesmo com a existência desses

indicadores não há limites para criação de novos indicadores, desde que sigam a consistência conceitual da inter-relação utilizada (BENEDICTO,PADOVEZE, 2010).

A criação de indicadores específicos pode ser observada no setor da saúde suplementar. Por exemplo, o índice de despesas assistenciais (sinistralidade), índice combinado e índice de despesas administrativas.

Todos esses indicadores mostram a relação de um tipo de despesa com as contraprestações efetivas, com a finalidade de identificar gargalos ou margens financeiras em relação atividade principal da empresa, além disso existe o índice combinado ampliado que agrupa todos os índices acima e os associa _às receitas financeiras, sendo isso bastante positivo, pois esse tipo de receita possui uma importância alta nesse mercado o que não ocorre em outros setores (ANS, 2018).

A análise dos indicadores possui também certas limitações. A primeira é a própria natureza da informação contábil, pois essa apresenta apenas parcialmente o desempenho das empresas e o seu valor real. Já a segunda é a qualidade e transparência da elaboração das demonstrações financeiras (GASPARETTO, 2004; BENEDICTO, PADOVEZE, 2010).

A segunda dificuldade é parcialmente mitigada no setor de saúde suplementar, dado que a ANS exige o parecer técnico de uma auditoria externa no envio do Documento de Informações Econômico-Financeiras das Operadoras (DIOPS) referente ao último trimestre do ano, conforme a RN 400 de 2016. Além do mais, a ANS retira do seu anuário de demonstrações contábeis os documentos enviados fora do prazo ou com informações incongruentes.

Apesar das restrições, esses indicadores continuam a ser úteis e podem demonstrar uma boa noção sobre o desempenho da instituição, se a análise for feita com o devido cuidado, por exemplo, conhecer o setor do mercado que se está analisando (MARTINS, 2005).

5 Metodologia

O presente estudo adota o modelo de pesquisa do tipo avaliação de resultados. Esse tipo de pesquisa busca julgar a efetividade de programa ou grupo, normalmente se utilizando de comparações e generalizações controladas, para que essas comparações sejam possíveis são utilizados dados quantitativos (PATTON apud ROESCH, 2013).

O universo analisado é composto pelas operadoras de planos de saúde classificadas na modalidade autogestão durante 2010 a 2017. Do universo foram excluídas as autogestões por RH, pois conforme já comentado, essas não apresentam demonstrações financeiras para ANS.

Além dessas, foram também excluídas as operadoras que em qualquer um dos anos selecionados para análise não teve suas demonstrações publicadas no Anuário de Aspectos Econômico-financeiros das Operadoras de Plano de Saúde publicado pela ANS, seja por incongruência de informações ou pelo fato do não envio em tempo hábil para ANS. Os indicadores utilizados foram retirados do referido anuário.

Após essas eliminações, restaram 98 operadoras, responsáveis por 2,8 milhões beneficiários em dezembro de 2017 o que representa aproximadamente 60% dos beneficiários da modalidade na respectiva data, ou seja, as médias da modalidade que serão apresentadas são relativas a essa base.

A análise é direcionada com uma avaliação e comparação de vinte e quatro autogestões divididas em duas classes de performance distintas, sendo doze empresas com um desempenho destacado e doze empresas com o pior desempenho dentro do universo analisado. Logo, os valores que serão expostos representam as médias das respectivas classes, comparadas à média geral de todas as operadoras do universo selecionado. Pretende-se com isso, validar as conclusões para o universo selecionado a partir das informações das duas classes amostrais.

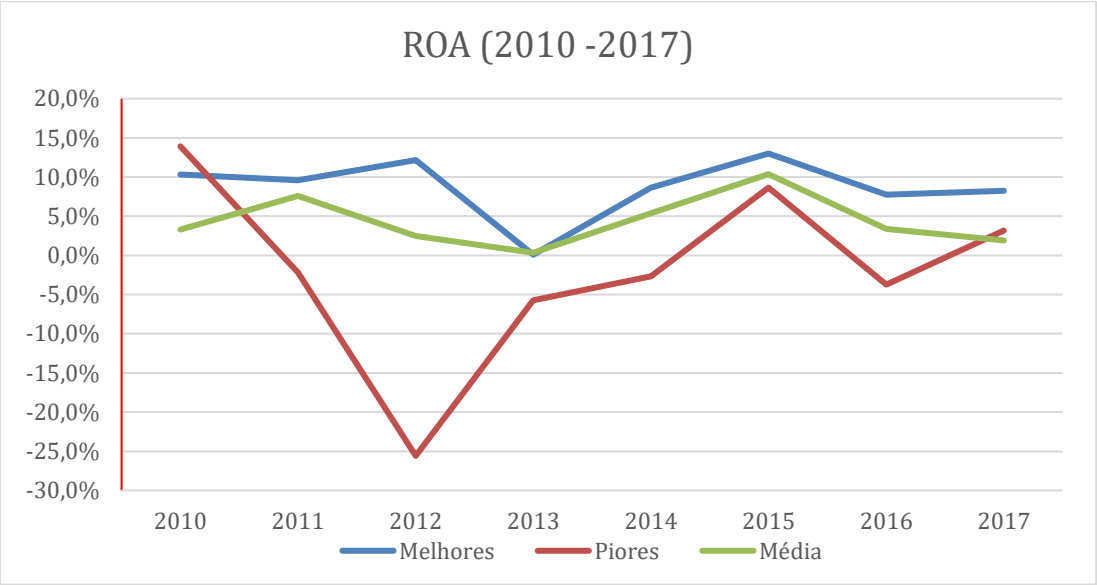
O nível de desempenho para a seleção das empresas do estudo, é referente ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) calculado pela ANS, com objetivo de traduzir os resultados do Programa de Qualificação das Operadoras.

6 Análise dos Resultados

Ao analisar os indicadores de rentabilidade no período indicado, observa-se que as empresas com o melhor IDSS possuem um retorno maior relativo à média do setor e das empresas com piores avaliações, independente do indicador analisado. Além disso, os retornos apresentados por essas entidades foram mais estáveis em comparação com as de pior qualificação.

Para ilustrar isso, segue abaixo o gráfico com a série histórica do Retorno sobre o Ativo (ROA) das instituições analisadas:

Gráfico 6 – Retorno sobre o Ativo (2010-2017)



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

O ROA é um indicador de rentabilidade que mostra a relação entre o resultado líquido obtido pela empresa com o tamanho do seu ativo total. Ele é representado pela seguinte formula:

$$ROA = \frac{Resultado\ Líquido}{Ativo\ Total}$$

Esses retornos mais baixos das empresas de pior IDSS são referentes aos inúmeros prejuízos de 2011 a 2014, enquanto as de melhor avaliação obtinham lucros consistentes nesse mesmo intervalo. A razão dessa diferença se encontra em dois itens: as despesas médicas e as receitas financeiras.

As operadoras de planos de saúde possuem três tipos principais de despesas: médicas, administrativas e comerciais. Nenhuma das empresas registraram qualquer tipo de despesa comercial, ou seja, existe apenas duas variáveis em relação as despesas.

As empresas com os piores IDSS possuem proporcionalmente menos despesas administrativas em relação a sua receita do que as melhores empresas da modalidade e a média das autogestões. Entretanto, o mesmo fenômeno não ocorre em relação as despesas médicas, pois as empresas de pior avaliação possuem maior sinistralidade (relação entre contraprestações efetivas e despesas médicas), sendo esse um dos fatores da pior rentabilidade.

Tabela 2 – Índices de Despesas Administrativas e Despesas Médicas

Indice de Despesas Administrativas	2010-2017	Sinistralidade	2010-2017
12 Melhores	18%	12 Melhores	85%
12 Piores	13%	12 Piores	91%
Média da Modalidade	18%	Média da Modalidade	90%

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

Contudo, a sinistralidade não é um fator suficiente para explicar a divergência nos retornos encontrados. A segunda razão foi uma melhor administração dos ativos financeiros por parte das empresas de desempenho superior que causou um aumento nas receitas financeiras.

Os ativos financeiros compõem boa parte da totalidade dos bens das operadoras, pois compõem uma parcela significativa dos ativos garantidores que lastreiam as provisões técnicas. Portanto, o melhor desempenho desse item possibilita a sustentabilidade das garantias financeiras da entidade.

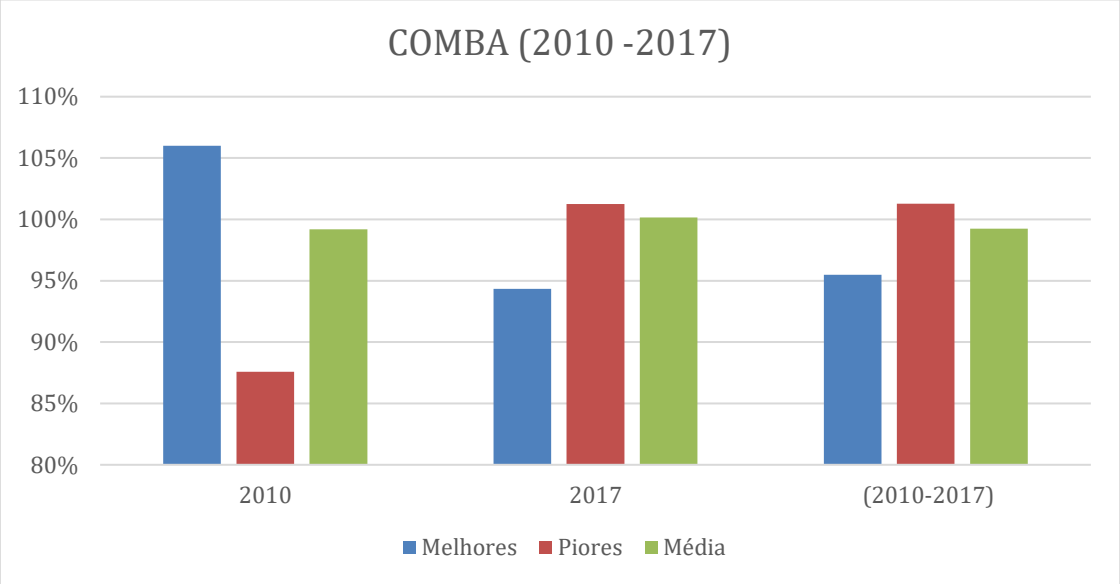
Nas doze empresas com o melhor IDSS, a média nos anos analisados do resultado financeiro positivo cobriam por volta de 7,3% do total das despesas, em contrapartida, nas empresas de pior desempenho, esse percentual é de 2,7%, ou seja, os ativos financeiros das melhores, estão auxiliando mais intensamente a sustentação das despesas das entidades de melhor desempenho.

Com o objetivo de visualizar todos esses aspectos de forma conjunta existe o Índice combinado ampliado (COMBA). Esse índice mostra a relação das despesas operacionais (administrativas, comerciais e médicas) e as contraprestações efetivas em conjunto com o resultado financeiro, idealmente as entidades procuram diminuir esse percentual. O COMBA é calculado da seguinte forma:

$$\frac{Despesas\ Administrativas + Despesas\ de\ comercialização + Eventos\ indenizáveis}{Contraprestações\ efetivas + Resultado\ Financeiro}$$

As doze autogestões de melhor IDSS inicialmente possuíam índice maiores que a média da modalidade e das empresas, mas ao decorrer dos anos conseguiram diminuir o seu indicador, em contrapartida, as de piores desempenho aumentaram significativamente o seu COMBA, conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 7 - COMBA (2010-2017)



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

As informações apresentadas, por consequência, também afetam os itens do balanço patrimonial e vice-versa. Por exemplo, o aumento da sinistralidade afetará consequentemente o valor do passivo exigível das OPS e seu nível.

O exigível, em geral, das entidades de planos de saúde contém duas características: a composição do endividamento é quase em sua totalidade no circulante e a maior concentração do seu passivo é referente a provisões técnicas. Portanto, o seu passivo é composto por passivos de funcionamento (não onerosos) de curto prazo.

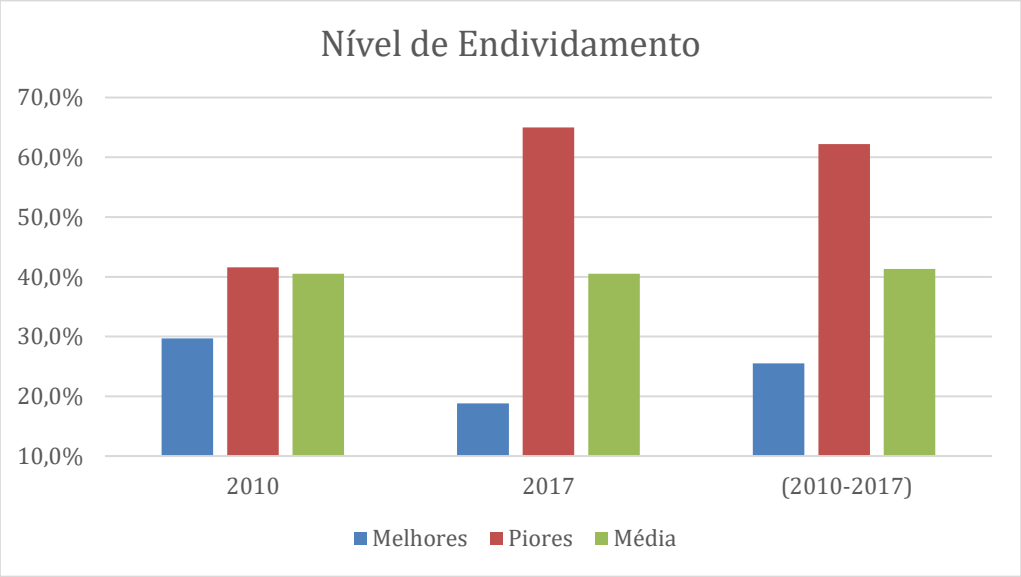
Um índice que demonstra um impacto da sinistralidade no passivo é o nível de endividamento. O conceito básico que orienta esse indicador é identificar a quantidade de dívidas perante terceiros em relação o seu total de aplicações. Esse índice é obtido pela seguinte formula:

$$Endividamento = \frac{(Passivo\ Circulante + Exigível\ a\ Longo\ Prazo)}{Ativo\ Total}$$

As entidades com um melhor IDSS apresentam um nível mais baixo em sua dependência de capital de terceiros e conseguiram diminuir essa relação ao decorrer

do tempo. Em contraste, as operadoras com os piores IDSS no período de análise obtiveram um aumento no endividamento. Além disso, o endividamento dessas empresas apresentou um valor consideravelmente superior à média da modalidade, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 8 - Nível de Endividamento (2010-2017)



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

A maioria das entidades que são descontinuadas possuem altos níveis de endividamento, sendo esse cenário também é observado na saúde suplementar brasileira. Em relação a isso, não necessariamente todas empresas que possuem alta concentração de capital de terceiros estão em estado falência, mas esse sintoma é encontrado em quase todas empresas que se deparam com essa situação (BENEDICTO, PADOVEZE, 2010; GUIMARÃES, ALVES, 2009).

A presença de capitais de terceiro será benéfica para a entidade, desde que essa acumulação de dívidas não deteriore a solvência da empresa e esse este grau de endividamento esteja em coerência com os números apresentados no ramo de atividade da empresa (BENEDICTO, PADOVEZE, 2010; MARION, 2012).

Considerando as empresas de melhores IDSS e a média das autogestões, conforme foi demonstrado, as entidades de desempenho inferior possuem um grau de endividamento bem mais elevado do que suas concorrentes do setor, ou seja, nesse aspecto pode-se afirmar que o crescimento do nível de endividamento foi um

aspecto negativo para elas. Contudo, existe ainda mais um ângulo a ser analisado que é: o endividamento prejudicou a liquidez dessas empresas?

Com objetivo de responder essa questão será utilizado o Índice Liquidez Corrente. A Liquidez Corrente demonstra a relação entre o Ativo Circulante e o Passivo Circulante e com isso a capacidade de pagamento das dívidas de curto prazo. Sendo esse indicador calculado da seguinte forma:

$$Liquidez\ Corrente = \frac{Ativo\ Circulante}{Passivo\ Circulante}$$

As piores empresas mostraram uma queda de liquidez corrente de 52% em relação ao início do intervalo analisado e ao do último ano apresentado. Além disso, essas entidades, no final de 2017, sequer detinham metade de liquidez presente no total da modalidade.

Há alguns setores da economia em que uma liquidez acima de um é o necessário para a continuidade de suas atividades. Entretanto, o mercado de saúde suplementar, por ser um ramo de negócio que trabalha essencialmente com o risco, necessita de uma maior margem entre o ativo e o passivo.

Além disso, a melhor utilização dos ativos financeiros por parte das empresas de melhor resultado, contiveram uma queda abrupta de seus indicadores de liquidez.

Esses aspectos relativos as autogestões podem ser observadas, na tabela abaixo:

Tabela 3 - Liquidez Corrente (2010 – 2017)

Liquidez Corrente	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
12 Melhores	8,17	8,09	6,74	5,95	6,42	7,01	6,82	8,16
12 Piores	3,64	3,85	2,49	2,23	2,16	2,34	2,00	1,75
Média da Modalidade	5,54	5,72	5,19	4,44	4,66	4,47	4,69	4,34

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ANS

Em síntese ao que foi exposto, indica-se que a melhor condução da sinistralidade e a otimização dos seus ativos financeiros por parte das doze empresas com o melhor IDSS, resultou em um efeito em cadeia melhorando os indicadores de: rentabilidade, capital, operacional e de solvência, em uma análise inicial. Sendo essa

melhor sustentabilidade financeira o que pode ter auxiliado a essas entidades em conseguir notas elevadas programa de qualificação da ANS.

Com a finalidade de melhorar o entendimento, segue abaixo uma tabela apresentando o impacto dos dois fatores em relação aos indicadores financeiros:

Tabela 4 – Impactos das boas práticas

Práticas	Resultados nos indicadores financeiros
Melhor controle sobre a sinistralidade.	Maior margem nos indicadores de rentabilidade
	Coibir um aumento descontrolado no endividamento geral.
	Margem para melhor desenvolvimento de pessoal, a partir de gastos administrativos.
Melhor aproveitamento dos ativos financeiros.	Auxiliar o suprimento de todas as despesas.
	Contribui para que os ativos garantidores sejam autossustentáveis.
	Ajuda a manter os níveis de solvência compatíveis com o que exige o setor.

Fonte: Elaboração própria

7 Considerações Finais

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar os indicadores econômico-financeiros da modalidade autogestão usando como parâmetro os valores médios do setor e os dados das empresas com melhores e piores avaliações operacionais, com a finalidade de identificar indicadores relevantes.

A partir da análise quantitativa, foi possível identificar alguns fatores acerca da gestão financeira das organizações. Conforme a análise dos dados, as operadoras com os melhores IDSS obtiveram um melhor êxito no controle de suas despesas médicas, por consequência, influenciando positivamente no nível de endividamento.

Além disso, essas empresas apresentam resultados financeiros proporcionalmente melhores do que as suas concorrentes. Possivelmente reflexo de uma melhor administração dos seus ativos financeiros, sendo esse um fator importante para que seu ativo consiga lastrear suficientemente as provisões técnicas.

Este artigo limitou-se a realizar um estudo apenas com as operadoras autogestões no intervalo de 2010 a 2017. Diante disso, captou-se apenas esse tipo

de entidade e sobre esse período. Além dessa limitação, conforme relatado na metodologia, não foi possível incluir as instituições de autogestão por RH essas que compõem parte significativa da modalidade.

Perante o exposto, sugere-se que sejam feitos trabalhos específicos em outras modalidades, em especial, as seguradoras de planos de saúde, pois essas possuem um histórico de regulação diferente do restante do setor. Além disso, também há possibilidade de fazer análises com uma série histórica mais extensa.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2001. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2001. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2006. Resolução Normativa - RN nº 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2009. Resolução Normativa - RN nº 196, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Glossário temático: saúde suplementar. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 9788533419711.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2019a. ANS TABNET - Informações em Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>. Acessado em 31 mar. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. 2019b. Sala de Situação. Disponível em: <www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acessado em 31 mar. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Anuário: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: ano base 2016. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Anuário: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: ano base 2015. Rio de Janeiro: ANS, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Anuário: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: ano base 2014. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Anuário: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: ano base 2013. Rio de Janeiro: ANS, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Anuário: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: ano base 2012. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Anuário: aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: ano base 2011. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, vol.6, n.2, pp.329-339. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200005.

BENEDICTO, Clóvis Luís; PADOVEZE, Gideon Carvalho D. Análise das Demonstrações Financeiras - 3 ed. São Paulo*:* Cengage Learning, 2010.

BRASIL. Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

CONASS. Saúde Suplementar. In: Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011. Vol. 12. Brasília: CONASS, 2011.

GASPARETTO, Valdirene. O papel da contabilidade no provimento de informações para a avaliação do desempenho empresarial. Revista Contemporânea de Contabilidade, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 109-122, jan. 2004. ISSN 2175-8069.

GUIMARÃES, André Luiz de Souza; ALVES, Washington Oliveira. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. RAE-Revista de Administração de Empresas, [S.l.], v. 49, n. 4, p. 459-471, out. 2009. ISSN 2178-938X.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - IESS. Guia da Saúde Suplementar. 2ed. São Paulo, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – IBDEC. Planos antigos. Disponível em: <https://idec.org.br/planos-de-saude/planos-antigos>. Acesso em: 01 abr 2019.

LEMOS, Lilian Correia. A judicialização da saúde: o posicionamento do Poder Judiciário ante a relação contratual entre as operadoras e os beneficiários dos planos de saúde anteriores à Lei nº 9.656/98. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XI, n. 58, out 2008.

MARION, José Carlos. Análise das demonstrações contábeis: contabilidade empresarial – 7ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MARTINS, E. Análise crítica de balanços: parte I. Boletim IOB. Temática Contábil e Balanços. Bol. 26/2005.

MELLO, J. R. C. Coerência dos sistemas social e jurídico e regulação das autogestões em saúde suplementar. Revista

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp.1041-1050. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400025.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso – 3ed. São Paulo: Atlas, 2013.

SATO, F.R.L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. RAP, p. 49-62, 2007.

SOUZA JUNIOR, Marco Antônio Alves de. Proposta de boas práticas financeiras para operadoras de planos de saúde filantrópicas: um estudo da gestão entre os anos de 2011 e 2015. 2018. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018

STIVALI, Matheus. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.9, pp.3729-3739. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000010.

UNIÃO NACIONAL DAS AUTOGESTÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR - UNIDAS. Autogestão, modelo ideal para a saúde corporativa. São Paulo: Unidas, 2013.

WORLD BANK. Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil. Washington, D.C.: World Bank; 1995.

APÊNDICE A – EMPRESAS UTILIZADAS PARA AS BASES

1) TELOS - FUNDAÇÃO EMBRATEL DE SEGURIDADE SOCIAL
2) CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITARIA DO RIO DE JANEIRO
3) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA CEDAE - CAC
4) S.P.A SAUDE- SISTEMA DE PROMOÇÃO ASSISTENCIAL
5) SAUDE PAS - MEDICINA E ODONTO
6) FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE - FUNDAFFEMG
7) ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE FNV
8) REAL GRANDEZA - FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
9) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA
10) CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
11) CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ
12) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANEB
13) FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ
14) CAIXA ASSISTENCIAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
15) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DA AMAZÔNIA - CASF
16) FUNDAÇÃO CHESF DE ASSISTÊNCIA E SEGURIDADE SOCIAL
17) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA SANEAGO
18) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO BRASIL
19) COOPERATIVA DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO VALE DO RIO DOS SINOS LTDA
20) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE BARRETOS
21) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
22) METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL
23) ASSOCIAÇÃO FUNDO DE PROTEÇÃO À SAÚDE
24) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE ARAÇATUBA (APAS)
25) CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
26) FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DA ARCELORMITTAL BRASIL - FUNSSEST
27) FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA DOS EMPREGADOS DA CEB
28) ELOSAÚDE - ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
29) ASSOCIAÇÃO GOIANA DO MINISTÉRIO PÚBLICO
30) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - VALE DO RIBEIRA
31) ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DA COMPANHIA ESTADUAL DE HABITAÇÃO E OBRAS PÚBLICAS - ASSEC
32) CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA CELG
33) ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA A SAUDE (ABAS 15)

34) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO (APAS)
35) ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DO ESTADO DA PARAÍBA - AFRAFEP
36) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
37) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE DRACENA
38) PLANO DE SAUDE UNIFENAS
39) DESBAN - FUNDAÇÃO BDMG DE SEGURIDADE SOCIAL
40) FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL - SABESPREV
41) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES FAZENDÁRIOS ESTADUAIS
42) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DOS SISTEMAS BESC E CODESC, DO BADESC E DA FUSESC
43) CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAUDE DOS EMPREGADOS DA CODEVASF - CASEC
44) ECONOMUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL
45) ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES FISCAIS DO ESTADO DA BAHIA
46) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
47) CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONARIOS DO BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO
48) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANESE
49) FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS EMPREGADOS DA CESAN
50) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO SETOR PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS - CAEME
51) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO SISTEMA FINANCEIRO BANESTES
52) ASSOCIAÇÃO VALEPARAIBANA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POLICIAL
53) ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO FISCO DO ESTADO DE GOIÁS
54) FUNDAÇÃO CESP
55) CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SINDICATO DOS FUNCIONÁRIOS INTEGRANTES DO GRUPO OCUPACIONAL
56) CAIXA BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DO GRUPO IGUAÇU
57) FUNDAÇAO COMPESA DE PREVIDENCIA E ASSISTENCIA - COMPESAPREV
58) ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS DA COPASA
59) CEMIG SAÚDE
60) SINDIFISCO NACIONAL - SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
61) CAIXA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA UNIVERSIDADE
62) ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DO AMAZONAS - AFFEAM
63) FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
64) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO
65) FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS DO BEC
66) ASSOCIAÇÃO DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO

67) CAIXA DE ASSISTÊNCIA SISTEMA SAÚDE INTEGRAL-SSI SAUDE
68) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE JAÚ
69) ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS
70) AGROS - INSTITUTO UFV DE SEGURIDADE SOCIAL
71) CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO SINDFISCO - CASSIND
72) FUNDAÇÃO ELETROBRÁS DE SEGURIDADE SOCIAL - ELETROS
73) ASSOCIACAO POLICIAL DE ASSISTENCIA A SAUDE DE PRESIDENTE PRUDENTE (APAS)
74) FUNASA-SAÚDE - CAIXA DE ASSISTENCIA DOS EMPREGADOS DA SAELPA
75) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA BAIXADA SANTISTA
76) SAÚDE BRB - CAIXA DE ASSISTÊNCIA
77) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
78) FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL DO BNDES
79) CAIXA DE ASSISTENCIA A SAUDE DA UNIVERSIDADE
80) SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SAMEISA
81) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTENCIA À SAUDE DE SAO JOAO DA BOA VISTA
82) FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
83) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PRESIDENTE VENCESLAU
84) ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO
85) ASSOCIACAO POLICIAL DE ASSISTENCIA A SAUDE DE ITAPETININGA
86) FUNDAÇÃO CELESC DE SEGURIDADE SOCIAL - CELOS
87) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTENCIA A SAUDE DE BOTUCATU
88) ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
89) ABERTTA SAÚDE - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS EMPREGADOS DA ARCELORMITTAL NO BRASIL
90) FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL
91) CAIXA ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DA ACARESC
92) GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE
93) S.P.A SAUDE- SISTEMA DE PROMOÇÃO ASSISTENCIAL
94) CAIXA DE ASSISTENCIA MÉDICA DOS EX-EMPREGADOS DO BEMAT
95) ASSOCIAÇAO UNISAUDE MARAU
96) ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS EMPREGADOS EM TELECOMUNICAÇÕES
97) COMSEDER - COOPERATIVA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS SERVIDORES DA SUPLAN E DO DER LTDA
98) ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE

APÊNDICE B – MÉDIA DOS INDICADORES DAS AUTOGESTÕES

Rentabilidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ROA	3,3%	7,6%	2,5%	0,3%	5,4%	10,4%	3,4%	1,9%
ROE	36,0%	16,2%	3,2%	-12,8%	12,3%	9,8%	-30,1%	-17,9%
MLB	13,2%	12,9%	12,8%	13,8%	14,5%	17,0%	12,5%	10,0%
MLL	-19,2%	9,8%	8,4%	1,0%	6,7%	8,6%	12,2%	6,1%
M.EBIT	-20,0%	12,0%	9,7%	4,0%	12,1%	14,2%	14,5%	8,6%
M.EBITDA	-19,3%	12,6%	10,2%	4,5%	12,6%	14,6%	14,8%	8,9%
TM	186,48	218,76	256,31	285,53	317,31	363,53	431,56	488,43
Capital	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IMOB	2,7%	2,6%	2,5%	2,4%	9,6%	8,4%	6,8%	6,7%
ENDIV	40,5%	42,3%	45,4%	45,0%	41,2%	36,5%	39,1%	40,5%
CE	77,9%	78,2%	77,7%	79,8%	82,7%	83,8%	86,5%	89,0%
Operacional	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DM	86%	88%	89%	92%	90%	89%	92%	92%
DA	21%	19%	18%	17%	17%	17%	17%	15%
COMB	107%	107%	107%	110%	107%	105%	110%	108%
COMBA	99%	98%	99%	104%	99%	97%	98%	100%
Financeiro	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PMCR	33	28	29	30	32	34	32	33
PMPE	27	34	35	33	31	31	31	34
Liquidez	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
LG	4,28	3,99	3,62	3,55	3,97	3,99	4,65	4,45
LC	5,54	5,72	5,19	4,44	4,66	4,47	4,69	4,34

APÊNDICE C – MÉDIA DOS INDICADORES DAS 12 MELHORES EMPRESAS

Rentabilidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ROA	10,3%	9,6%	12,2%	0,1%	8,7%	13,0%	7,8%	8,3%
ROE	15,6%	14,0%	14,3%	-6,2%	9,2%	15,5%	11,4%	10,5%
MLB	10,2%	17,0%	17,8%	15,8%	18,8%	22,8%	17,2%	15,6%
MLL	14,6%	10,0%	10,3%	4,4%	10,1%	16,0%	11,1%	8,7%
M.EBIT	15,3%	10,8%	10,9%	5,6%	11,7%	17,5%	12,8%	10,0%
M.EBITDA	15,8%	11,3%	11,4%	6,2%	12,3%	17,9%	13,3%	10,4%
TM	137,14	161,76	186,24	196,35	223,23	249,30	272,52	298,34
Capital	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IMOB	0,3%	0,6%	0,4%	1,1%	3,4%	3,2%	3,7%	4,3%
ENDIV	29,7%	26,4%	25,4%	29,5%	27,8%	25,4%	21,1%	18,8%
CE	78,3%	73,6%	77,8%	84,0%	88,6%	88,7%	92,3%	93,3%
Operacional	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DM	89%	82%	82%	87%	83%	81%	85%	86%
DA	24%	20%	17%	18%	16%	16%	18%	16%
COMB	113%	102%	100%	104%	99%	97%	103%	103%
COMBA	106%	96%	94%	99%	93%	89%	93%	94%
Financeiro	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PMCR	41	36	35	35	40	37	36	33
PMPE	14	12	19	18	19	21	21	20
Liquidez	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
LG	7,18	6,75	5,89	5,63	6,75	7,32	7,05	8,40
LC	8,17	8,09	6,74	5,95	6,42	7,01	6,82	8,16

APÊNDICE D – MÉDIA DOS INDICADORES DAS 12 PIORES

Rentabilidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ROA	13,9%	-2,2%	-25,6%	-5,8%	-2,7%	8,7%	-3,8%	3,2%
ROE	3,0%	56,8%	78,0%	-32,3%	25,8%	0,6%	28,1%	-117,4%
MLB	19,8%	4,5%	0,8%	9,4%	11,3%	18,0%	10,3%	10,8%
MLL	-144,4%	-3,5%	-7,2%	-4,3%	-0,1%	6,8%	-0,1%	2,0%
M.EBIT	-162,9%	-2,6%	-6,3%	-2,1%	1,2%	7,6%	0,8%	2,6%
M.EBITDA	-162,7%	-2,5%	-6,2%	-1,9%	1,3%	7,8%	1,0%	2,8%
TM	229,63	245,21	284,40	334,46	363,17	436,98	510,42	578,88
Capital	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IMOB	1,3%	2,6%	2,0%	2,5%	4,7%	3,3%	4,1%	2,9%
ENDIV	41,6%	50,8%	73,3%	70,8%	70,7%	57,8%	67,7%	65,0%
CE	79,6%	79,7%	80,2%	81,0%	80,3%	79,3%	82,8%	87,3%
Operacional	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DM	80%	95%	99%	94%	91%	87%	90%	92%
DA	11%	14%	15%	14%	13%	14%	13%	11%
COMB	91%	110%	113%	108%	104%	101%	103%	104%
COMBA	88%	104%	108%	108%	102%	99%	100%	101%
Financeiro	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PMCR	18	31	31	36	35	35	32	31
PMPE	17	32	33	32	33	30	31	34
Liquidez	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
LG	3,29	2,58	2,16	1,94	1,85	2,05	1,75	1,81
LC	3,64	3,85	2,49	2,23	2,16	2,34	2,00	1,75