

MARINA ASSUNÇÃO BARCELOS

**ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO UNIMED ARAXÁ A PARTIR DO
PLANO DE CONTAS PADRÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR**



MARINA ASSUNÇÃO BARCELOS

**ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO UNIMED ARAXÁ PARTIR DO PLANO DE CONTAS
PADRÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação de Mestrado, apresentado Conselho, ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Economia.

Linha de pesquisa: Economia da Saúde

Orientador: André Luiz Correa

ARARAQUARA- SP
2018

Barcelos, Marina Assunção

Análise do desempenho econômico-financeiro da
Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Araxã a partir
do Plano de Contas Padrão da Agência Nacional de
Saúde Suplementar / Marina Assunção Barcelos - 2018
125 f.

- Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras
(Campus Araraquara)

Orientador: André Luiz Correa

1. Regulação. 2. Agência Nacional de Saúde
Suplementar. 3. Desempenho econômico-financeiro. 4.
Estratégias Competitivas. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARINA ASSUNÇÃO BARCELOS

**ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO UNIMED ARAXÁ PARTIR DO PLANO DE CONTAS
PADRÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Conselho,
Programa de Pós-Graduação em Economia da
Faculdade de Ciências e Letras –
Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção
do título de Mestre em Economia.

Linha de pesquisa: Economia da Saúde
Orientador: André Luiz Correa

Data da defesa: 22/02/2018

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Dr. André Luiz Correa
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Membro Titular: Prof^a. Dr^a. Ana Elisa Périco
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Membro Titular: Prof. Dr. Carlos César Santejo Saiani
Universidade Federal de Uberlândia

Local: Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras
UNESP – Campus de Araraquara

Dedico este trabalho a minha mãe e a todos meus familiares, que sempre incentivaram e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e pela oportunidade de cursar um curso de Mestrado. À minha mãe, Cacilda, e ao meu padrasto, Joaquim, que nunca mediram esforços para que eu pudesse cursar uma universidade e me ofereceram condições para que eu concluísse mais uma etapa em minha caminhada.

Ao meu orientador, André, por todos os conselhos e ajuda para a condução da pesquisa e a professora Dr. Luciana Togeiro, pelas críticas construtivas que muito contribuíram para o meu desempenho durante a elaboração do projeto que conduziu os primeiros passos dessa pesquisa. Aos professores, Carlos Saiani e Ana Elisa, por terem aceitado participar dessa banca, dedicando parte de seu tempo à leitura do trabalho aqui apresentado.

Aos colegas de mestrado, Imira Rando, Luana Naves, Alessandra Ninin, que me acompanharam e incentivaram nessa jornada.

Ao meu namorado, familiares e amigos, que compreenderam minha ausência em vários momentos, nos quais precisei me dedicar a esse trabalho.

Aos colegas de trabalho da empresa Unimed Araxá, em especial, ao Eugênio, que me forneceu dados e informações para a condução da pesquisa e também pelos livros emprestados.

RESUMO

A regulação do setor privado de assistência à saúde no mercado brasileiro foi instituída pela Lei 9.656 em 1998. Esta lei visa conter as quebras de contratos firmados entre as operadoras e os consumidores e impedir reajustes abusivos de preços. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi implementada em 2000 e passou a exigir o cumprimento de normas pelas operadoras. Dentre elas, houve a instituição do Plano de Contas Padrão que todas as operadoras são obrigadas a enviar a ANS. O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar o desempenho econômico-financeiro da operadora Unimed Araxá, a partir do Plano de Contas Padrão da ANS, entre os anos 2010 e 2015. A hipótese empregada é que a operadora Unimed Araxá possui estratégias competitivas que lhe permitem bons indicadores econômico-financeiros. Faremos um estudo de caso da operadora Unimed Araxá, que nos forneceu suas demonstrações contábeis e seus relatórios de gestão entre os anos 2010 e 2015 e, comparamos os indicadores de desempenho econômico-financeiro dessa cooperativa com outras da Federação, através das informações divulgadas no Anuário: Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde. Essa comparação é tida como fundamental na análise de desempenho econômico-financeiro, pois permite o uso de padrões observados no setor para avaliar determinada empresa. Além da técnica de indicadores padrão, empregamos a análise vertical do Balanço Patrimonial e da Demonstração de Resultado do Exercício dessa operadora para avaliá-la ao longo dos anos. Essa análise nos permitirá atingir nosso objetivo geral e averiguar a hipótese adotada nessa pesquisa, especificamente para a Unimed Araxá.

Palavras-chave: Regulamentação, desempenho econômico-financeiro, Unimed Araxá, estratégias competitivas.

ABSTRACT

The regulation of the private healthcare sector in the Brazilian market was instituted by Law 9.656 in 1998. This law aims to contain the breaches of contracts signed between the operators and consumers and prevent abusive price adjustments. The National Supplemental Health Agency (ANS) was implemented in 2000 and now requires compliance by operators. Among them, there was the establishment of the Standard Account Plan that all operators are required to send to ANS. The overall objective of the research is to analyze the economic and financial performance of the operator Unimed Araxá from ANS Standard Plan of Accounts between 2010 and 2015. The hypothesis employed is that the operator Unimed Araxá has competitive strategies that allow it to economic-financial indicators. We will carry out a case study of the operator Unimed Araxá, who provided us with its financial statements and management reports between 2010 and 2015, and compared the indicators of economic and financial performance of this cooperative with others in the Federation through the information disclosed in the Yearbook : Economic-Financial Aspects of Health Plan Operators. This comparison is considered fundamental in the analysis of economic and financial performance, since it allows the use of observed patterns in the sector to evaluate a certain company. In addition to the standard indicators technique, we used the vertical analysis of the balance sheet and income statement of the year of this operation to evaluate it over the years. This analysis will allow us to reach our general objective and to ascertain the hypothesis adopted in this research, specifically for Unimed Araxá.

Key words: Regulation, economic-financial performance, Unimed Araxá, competitive strategies.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Composição do Sistema Unimed..... | 62 |
| Figura 2 - Composição do Sistema Unimed dezembro de 2016 | 66 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - <i>Market- Share</i> por tipo de modalidade assistencial em 2017 | 27 |
| Gráfico 2 - Situação Econômico-financeira das Unimed no 3º trimestre de 2015, segundo a Unimed do Brasil..... | 74 |
| Gráfico 3 - Situação Econômico-Financeira das Unimed no 4º trimestre de 2015, segundo a Unimed do Brasil..... | 74 |
| Gráfico 4 - Evolução do número de beneficiários da Unimed Araxá 2008 – 2015 | 78 |
| Gráfico 5 - Tipos de Contratos Novos da OPS Unimed Araxá em 2017 | 82 |
| Gráfico 6 - Análise Vertical do Balanço Patrimonial Unimed Araxá 2010 – 2015 | 105 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Codificação do Primeiro Campo do Plano de Contas para Operadoras Médico-Assistenciais | 34 |
| Quadro 2 - Codificação dos Três Campos do Plano de Contas Padrão da ANS | 35 |
| Quadro 3 - Estrutura da conta do Ativo do Balanço Patrimonial de uma Operadora de Saúde | 37 |
| Quadro 4 - Estrutura da conta do Passivo do Balanço Patrimonial de uma Operadora de Saúde | 38 |
| Quadro 5 - Estrutura da Demonstração do Resultado do Exercício de uma Operadora de Saúde | 40 |
| Quadro 6 - Estrutura da Demonstração das Mutações de Patrimônio Líquido de uma Operadora de Saúde..... | 41 |
| Quadro 7 - Demonstração do Fluxo de Caixa de uma Operadora de Saúde | 42 |
| Quadro 8 - Critérios adotados para auditoria de contas das Operadoras de Saúde | 43 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 - Número de beneficiários ativos no Sistema Suplementar em 2000 e 2016 | 26 |
| Tabela 2 - As 10 maiores cooperativas do setor saúde, educação e bem estar social por volume de negócios em 2015 | 65 |
| Tabela 3 - Número de beneficiários por modalidade contratual e região geográfica em 2016 | 67 |
| Tabela 4 - Evolução do faturamento anual da Unimed Araxá 2012-2015 (R\$ Milhões de Reais)..... | 79 |
| Tabela 5 - Planos Novos Comercializados pela operadora Unimed Araxá..... | 81 |
| Tabela 6 - Indicadores Econômico-Financeiros | 85 |
| Tabela 7 - Indicadores Operacionais definidos pela ANS..... | 87 |
| Tabela 8 - Indicadores da Operadora Unimed Araxá 2010 - 2015..... | 91 |
| Tabela 9 - Unimeds de Médio Porte em Minas Gerais em 2015..... | 92 |
| Tabela 10 - Indicadores da Operadora Unimed Araxá e mediana observada no grupo de comparação entre os anos de 2010 e 2015 | 93 |
| Tabela 11 - Classificação dos indicadores do setor em 2010 | 95 |
| Tabela 12 - Classificação dos indicadores em 2011 | 96 |
| Tabela 13 - Classificação dos indicadores em 2012..... | 96 |
| Tabela 14 - Classificação dos indicadores em 2013..... | 96 |
| Tabela 15 - Classificação dos indicadores em 2014..... | 97 |
| Tabela 16 - Classificação dos indicadores em 2015..... | 97 |
| Tabela 17 - Coeficientes obtidos pela análise vertical do Balanço Patrimonial - Unimed Araxá (2010-2015) | 101 |
| Tabela 18 - Coeficientes obtidos pela análise vertical da Demonstração do Resultado do Exercício - Unimed Araxá (2010-2015)..... | 103 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|---|
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| BP | Balço Patrimonial |
| CE | Composiço do Endividamento |
| COMBA | Indicador Combinado Ampliado |
| DIOPS | Documento de Informaçes Periódicas das Operadoras de Planos de Assistênci à Saúde |
| DIOPE | Diretoria de Normas e Habilitaçã das Operadoras |
| DM | Despesa Assistencial |
| DRE | Demonstraço do Resultado do Exercício |
| IMOB | Imobilizaço do Ativo Total |
| LG | Liquidez Geral |
| LC | Liquidez Corrente |
| MLL | Margem de Lucro Líquida |
| OPS | Operadora de Planos de Assistênci à Saúde |
| PAEF | Procedimento de Adequaço Econômico-Financeira |
| RSA | Retorno Sobre o Ativo |
| RN | Resoluço Normativa |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2 | CONSTITUIÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO | 19 |
| 2.1 | Histórico do Setor Público de Saúde de Brasileiro..... | 19 |
| 2.2 | Regulação e Atuação Sistema Privado | 22 |
| 2.3 | Aspectos econômico-financeiros da Regulação..... | 28 |
| 2.4 | Plano de Contas e suas alterações..... | 32 |
| 2.4.1 | Descumprimento do Plano de Contas ou detecção de irregularidades econômico-financeiras..... | 46 |
| 2.5 | Estratégias Competitivas..... | 51 |
| 2.5.1 | Michael Porter | 51 |
| 2.5.2 | Visão Baseada em Recursos | 53 |
| 3 | COOPERATIVISMO NA SAÚDE: SISTEMA UNIMED | 56 |
| 3.1 | Sociedades Cooperativas e Cooperativas no Brasil | 56 |
| 3.2 | Cooperativismo na Saúde: Sistema Unimed..... | 60 |
| 3.2.1 | Planos ofertados..... | 68 |
| 3.2.2 | Diferenciais do Sistema – Serviço de Intercâmbio..... | 68 |
| 3.2.3 | Conduta após a regulação da ANS | 72 |
| 4 | ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO: ESTUDO DE CASO DA UNIMED ARAXÁ | 77 |
| 4.1 | Unimed Araxá..... | 77 |
| 4.1.1 | Planos | 79 |
| 4.2 | Análise de desempenho econômico-financeiro | 83 |
| 4.2.1 | Análise Horizontal e Análise Vertical | 83 |
| 4.2.2 | Análise com Indicadores | 84 |
| 4.2.3 | Indicador- padrão..... | 88 |
| 4.3 | Tratamento dos dados | 90 |
| 4.4 | Avaliação dos Indicadores da Unimed Araxá a partir do Plano de Contas Padrão ... | 99 |
| 4.5 | Análise das Estratégias da Unimed Araxá..... | 107 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| | REFERÊNCIAS | 112 |
| | ANEXO A | 119 |
| | ANEXO B | 121 |

| | |
|---------------|-----|
| ANEXO C | 123 |
|---------------|-----|

1 INTRODUÇÃO

Até a crise dos anos 1980, a atenção à saúde da população brasileira era entendida como dever do Estado. Segundo Geraci (2002), cabia ao governo federal a responsabilidade de atenção curativa e, ao setor privado, a preventiva. Essa divisão entre quem deve ofertar cada tipo de serviço de saúde no país ainda prevalece nos dias atuais. Por ser um setor com alto custo, nota-se que a iniciativa privada tem conseguido se expandir e ajustar seus custos possibilitando uma ampliação na oferta de serviços de alta complexidade - como exames de ressonância magnética, oncológicos, tomografias - e o setor público, que antes predominava na oferta desse tipo de serviço, retraiu-se (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Conforme Nitão (2004), a literatura referente ao setor de saúde suplementar no meio acadêmico é escassa. Um dos motivos é que informações completas e confiáveis sobre o setor não estavam disponíveis até o ano de 2000, quando então se cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação desse setor e que daí em diante passa a exigir, trimestralmente, o envio de informações pelas operadoras de planos privados. Embora a ANS tenha se constituído somente em 2000, no início dos anos 1990 esse setor já movimentava 23 milhões de reais ao ano, sem regulação pré-definida (ANS, 2001).

Pelo serviço de saúde ser de interesse de todos os cidadãos, o presente trabalho representa uma maior possibilidade de entendimento desse setor e da regulação em si, com enfoque em aspectos econômico-financeiros da regulação. Os relatórios divulgados pela ANS ao longo dos anos 2000 indicam que o crescimento do setor privado está acompanhado pela redução do número de operadoras nesse sistema, sinalizando uma concentração de mercado. É possível que as operadoras que permaneceram no setor tenham desenvolvido capacidades técnicas de gestão para garantir-lhes sobrevivência.

No conjunto de obrigações que as operadoras passaram a cumprir após a instauração da agência regulatória está o envio do Plano de Contas Padrão, instituído em 2000, pela Resolução de Diretoria Colegiada nº 38 da ANS, o qual consegue abranger os diversos segmentos de operadoras de saúde eliminando diferenças nas estruturas societárias.

O Plano de Contas consta no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS), enviado trimestralmente a ANS. O documento é capaz de fornecer ao órgão informações que lhe permitem acompanhar o desempenho econômico-

financeiro das operadoras através de informações sobre: o custo da atividade, receita, número de beneficiários, dentre outras.

As informações que devem ser enviadas neste documento são as mesmas definidas pela Lei 6.404/76 e alterações advindas da Lei 11.638/07. Logo, baseia-se nas demonstrações obrigatórias que as empresas devem apresentar ao final do exercício social: Balanço de Patrimonial (BP), Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), Demonstração das Mutações de Patrimônio Líquido (DMPL) e a Demonstração do Fluxo de Caixa (DFC).

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar o desempenho econômico-financeiro da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Araxá a partir do Plano de Contas Padrão da ANS, entre os anos 2010 e 2015. A Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Araxá, nosso objeto de pesquisa, nos forneceu seus Relatórios de Gestão entre esses anos. A operadora se insere no segmento de cooperativas, presentes no mercado de saúde suplementar desde 1967, essas empresas têm uma estrutura societária diferente das sociedades mercantis, pois, não objetivam o lucro e baseiam-se nos princípios cooperativistas.

A hipótese que norteia esta pesquisa é que a operadora Unimed Araxá possui estratégias competitivas que lhe permitem bons indicadores econômico-financeiros.

Para avaliar o desempenho econômico-financeiro dessa OPS usamos a metodologia de indicadores, a qual emprega as demonstrações contábeis de caráter obrigatório de todas as empresas para avaliá-las nas dimensões econômica e financeira. Também fazemos o uso de indicadores operacionais, definidos pela ANS, para avaliar o desempenho operacional de empresas do ramo.

A partir disso, usamos duas técnicas de análise, a técnica de indicador-padrão, que nos permite classificar os indicadores de determinada empresa a partir da comparação desses com os de demais empresas do mesmo ramo, e, a técnica de análise vertical, que se aplica apenas as demonstrações da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Araxá.

Para podermos atingir nosso objetivo geral e validar a nossa hipótese de pesquisa, o trabalho se divide em três capítulos e considerações finais.

No primeiro capítulo, Constituição e Regulamentação do Setor de Saúde Brasileiro, discutimos aspectos históricos que motivaram a constituição desse setor tanto em âmbito público como privado, os fatores que motivaram a regulamentação do setor em 1998, os aspectos econômico-financeiros da regulação, definimos o Plano de Contas Padrão e suas

alterações, e, abordamos os procedimentos tomados pela ANS diante da constatação de irregularidades no envio do Plano de Contas ou de problemas econômico-financeiros das operadoras.

O segundo capítulo, “Cooperativismo na Saúde: Sistema Unimed” irá abordar o histórico e os princípios das sociedades cooperativistas no Brasil e no mundo, a Lei 5.764/71 que rege essas sociedades no país, o histórico do Sistema Unimed, suas características, e a conduta do Sistema após a instauração da ANS no mercado brasileiro.

O terceiro capítulo, Análise do desempenho Econômico-financeiro: Estudo de Caso da Unimed Araxá, trata sobre o histórico da empresa e os tipos de planos ofertados por ela. Apresentamos a metodologia de indicadores para avaliação de empresas, os indicadores empregados na pesquisa, as técnicas de análise e os resultados obtidos.

Nas considerações finais, após termos realizado todo esforço analítico poderemos dizer se atingimos nosso objetivo geral e validamos nossa hipótese de pesquisa.

2 CONSTITUIÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A configuração e estruturação atual Sistema de Saúde no Brasil é fruto da divisão entre as iniciativas pública e privada que sempre coexistiram e foram moldadas nos anos 1920. O setor de saúde é considerado misto, com participação tanto do setor público quanto da iniciativa privada, sendo esta considerada suplementar, uma vez que a Constituição Federal Brasileira determina o direito à saúde do indivíduo e permite a atuação de entes privados no sistema.

Para uma melhor compreensão sobre o Sistema de Saúde Brasileiro, este capítulo está dividido em cinco seções. A primeira aborda aspectos históricos sobre a constituição do setor saúde; a segunda caracteriza e define a atuação do sistema privado perante a regulação; a terceira elenca aspectos econômico-financeiros definidos pela agência regulatória; a quarta, o Plano de Contas Padrão da ANS e suas alterações; e, a quinta trata sobre os procedimentos tomados pela agência nos casos onde há o descumprimento das normas para o envio do Plano de Contas ou na detecção de irregularidades econômico-financeiras de uma operadora.

2.1 Histórico do Setor Público de Saúde de Brasileiro

O tema saúde pública no Brasil já foi e é bastante debatido pelos acadêmicos e estudiosos da área. Para confecção desta pesquisa, que busca entender o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com ênfase em aspectos econômico-financeiros, é necessário à compreensão do Sistema de Saúde Brasileiro que partilha interesses públicos e privados.

Silva (2013) afirma que no caso brasileiro sempre houve uma divisão entre aqueles que mantinham um vínculo empregatício, com acesso a serviços de saúde e um sistema de previdência, e aqueles que não o tinham, que deveriam ter o acesso à saúde através de políticas públicas vinculadas ao Ministério da Saúde.

O sistema público de saúde brasileiro funciona por meio da arrecadação de impostos e é fruto de mudanças instituídas pelo federalismo fiscal nos anos 1960.

O federalismo fiscal consiste na descentralização de alguns tipos de serviços pela União. Basicamente, figura-se na divisão de responsabilidades entre as três esferas de governo; - União, estados e municípios. Uma das questões centrais do federalismo, conforme Geraci (2002) é a capacidade do Estado de definir os encargos atribuídos a essas esferas subnacionais de governo a partir da descentralização. Aqui se destacam as políticas sociais, cuja implementação envolve questões como as fontes de financiamento e gestão desses recursos, que implicam especial atenção às políticas públicas, onde citamos os setores de educação e saúde.

Para o setor de saúde, o federalismo fiscal brasileiro ocasionou uma perda de qualidade ou restrição de oferta desse serviço devido ao desequilíbrio entre oferta e demanda. Soma-se a isso a incapacidade dos gestores municipais e estaduais em distribuir os recursos repassados pela União (GERACI, 2002).

Lima (2007) afirma que o federalismo fiscal brasileiro é um dos mais avançados e descentralizadores por garantir maior autonomia às esferas subnacionais do governo. No entanto, o modelo vigente foi elaborado em 1967 e não condiz com a realidade brasileira atual, uma vez que, o cenário político e econômico diverge muito do anterior. Quando elaborado, o modelo implantado previa elevada centralização do gasto público na União, e os estados e municípios seriam beneficiados via transferências, por meio do Fundo de participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). A eles caberia o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), para o estado, e o Imposto sobre Serviços (ISS), para os municípios.

As esferas subnacionais do governo ganharam maior autonomia em seu gasto somente no início dos anos 1980, quando o sistema tributário brasileiro é revisto e estados e municípios conseguem atender suas demandas (LIMA, 2007). Dentre as mudanças ocorridas no período têm-se a transformação do ICM e do ISS em Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), arrecadado pelo estado e posteriormente transferido aos seus municípios.

Arretche, 1999, afirma que a descentralização do Estado Brasileiro sofre de deficiências relacionadas ao poder de barganha de agentes políticos que não conseguem priorizar e definir metas para o alcance de resultados satisfatórios. A autora ainda ressalta que os estados da região Sul e Sudeste embora possuam arrecadações maiores que os estados da região Norte ainda não conseguiram alcançar patamares avançados de autonomia financeira.

O estado do Ceará é citado como exemplo em seu estudo por ter conseguido avançar na descentralização em setores como educação, saúde e saneamento básico, se equiparando ao estado do Paraná. Deste modo, a renda e a localidade da região não seriam fatores determinantes no grau de descentralização.

Ao mesmo tempo em que o sistema público se molda, há também o aparato privado do sistema. A provisão privada desse serviço remonta aos anos 1940 e inicialmente era feita através de um fundo participativo entre empregadores e funcionários, a exemplo, a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) (BAHIA; VIANA, 2002).

Nos anos 1950 cresce a organização de planos de saúde que visavam atender os funcionários públicos com regimes próprios de previdência. Simultaneamente a este processo, haviam as redes de convênios estabelecidas entre as empresas multinacionais e médicos. Uma vez que o indivíduo necessitasse de atendimento, ele recorria ao médico, efetuava o pagamento pelo serviço prestado, mas ao final do tratamento era reembolsado pela empresa. A partir dos anos 1960, se inicia uma crescente organização da iniciativa privada que passa então a estabelecer suas redes próprias e organizar seus prestadores de serviços, configurando os primeiros passos do sistema que conhecemos hoje (BAHIA; VIANA, 2002; PIETROBON et al., 2008).

Paralelamente ao crescimento da iniciativa privada, temos a preocupação do Estado em prover o serviço saúde a população. A Constituição Federal Brasileira, em 1988, define o direito à saúde do indivíduo como dever do Estado e busca a universalização do acesso a este serviço. Conforme Geraci (2002):

A Constituição Federal de 1988 pode ser considerada um instrumento de fortalecimento à orientação descentralizadora ao setor de saúde, buscando a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social; a autonomia de gestão das autoridades públicas locais e a redefinição de prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população. (GERACI, 2002, p.69).

A Constituição Federal Brasileira, ao mesmo tempo em que definiu o acesso a saúde como direito universal da população permitiu a presença dos agentes privados no sistema e não definiu nenhum limite para atuação desses. Pelo contrário, a mesma permite que os hospitais filantrópicos e universitários que teoricamente deveriam ofertar serviços apenas gratuitamente também ofereçam cobertura por planos privados, como também permite a contratação de prestadores privados pelo Estado. Santos (2009) enfatiza essa questão:

[...] a permissão da iniciativa privada, de forma complementar à assistência à saúde, admite a contratação por instituições prestadoras privadas pelo Estado, pelas empresas que comercializam os seguros privados e, ainda, diretamente pela população, sendo que grande parte dos prestadores privados e médicos podem atuar tanto no sistema público como no privado [...]. (SANTOS, 2009, p. 127).

Permitir a atuação privada não é prejudicial ao sistema, dado que em muitos países também se observa a coexistência da oferta pública e privada de serviços de saúde. No entanto, houve, no momento da elaboração da constituição brasileira, uma omissão à presença de agentes privados, que pode ter sido em decorrência de preferências políticas ou mesmo pelo conhecimento do elevado custo desses serviços, buscando, assim, não onerar tanto o serviço público.

O estabelecimento do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) em 1989 deve ser considerado um marco da oferta pública desse serviço, a partir de quando, o município passa a ser o único ente federativo com dever de ofertar serviço de assistência à saúde à população local. Essa preocupação do Estado brasileiro com a provisão do serviço saúde é resultado da reformulação do papel do Estado na promoção do bem-estar social que se difundiu no mundo todo após os anos 1970, quando mudam as direções das políticas de bem-estar social e seguridade (SANTOS, 2009). No entanto, a preocupação com a atuação da iniciativa privada e sua regulação só veio a se constituir de modo efetivo nos anos 1990, objetivando não onerar os usuários deste sistema.

A próxima seção irá tratar sobre a regulação do setor privado, os motivos que fizeram com que essa fosse realizada e as definições do órgão regulador.

2.2 Regulação e Atuação Sistema Privado

Diferentemente de outras agências regulatórias instauradas na economia brasileira ao longo dos anos 1990, como a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) e a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), que foram fruto do processo de abertura comercial e privatização da economia, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi instaurada com o intuito de regular as ações dos entes privados nesse mercado e também para garantir menor risco aos consumidores e ofertantes desse serviço (NITÃO, 2004). A demanda pela regulação do setor partiu de todos os atores envolvidos no sistema e foi motivada principalmente pela necessidade de um maior rigor na punição dos casos de quebra de

contrato por uma das partes envolvidas - médicos, pacientes, intermediadores do sistema -, que até então eram reclamadas junto ao Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON). A regulamentação do setor saúde engloba a oferta de planos médico-hospitalares como também, planos odontológicos. No âmbito dessa pesquisa iremos abordar somente aquelas operadoras que ofertam planos médico-hospitalares.

A primeira mobilização para a regulamentação do setor se deu em 1996 quando o Ministério da Saúde enviou ao Congresso Nacional um projeto de lei que objetivava o ressarcimento ao SUS de gastos com pacientes que tinham algum tipo de plano privado. A Lei Nº 9.656 que dispõe sobre os planos de saúde foi instituída em 3 de junho de 1998. No início da implantação da regulamentação, as atribuições econômicas e financeiras previstas eram divididas entre o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde. Já em 22 de janeiro do ano 2000, quando se cria a ANS através da Lei Nº 9.961 é estabelecida a unificação legal das competências sobre aspectos econômico-financeiros e assistenciais neste órgão, o qual é uma autarquia federal¹ (NITÃO, 2004; MONTONE, 2003 apud NITÃO, 2004). A autonomia financeira da ANS é feita através do recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar arrecadada de todas as operadoras, trimestralmente, com base no número de beneficiários.

O setor de saúde suplementar pode ser classificado em quatro segmentos: (1) medicinas em grupo que trabalham com convênios médico-hospitalares distribuídas entre operadoras que possuem ou não sua rede própria e aquelas associadas a hospitais filantrópicos; (2) cooperativas que ofertam serviços de assistência à saúde com a presença de convênios médico-hospitalares; (3) autogestão, que consiste em um sistema fechado de assistência à saúde, público ou privado, que oferta serviço apenas a um público específico, e; (4) seguradoras que comercializam o seguro-saúde e, portanto, se enquadram na regulamentação de seguros, como também produtos enquadrados na legislação dos serviços privados de assistência à saúde (ANS, 2001).

Os dois primeiros segmentos - medicinas em grupo e cooperativas médicas - são os que predominam no sistema atual e estão presentes principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país. O primeiro deles pode ser representado pela empresa Amil Saúde que iniciou suas atividades no estado do Rio de Janeiro; o segundo segmento compreende as Unimed que

¹ As autarquias federais compõem a administração pública e fazem parte da administração indireta desse sistema, possuindo personalidade jurídica própria. Essas irão desempenhar algumas funções do Estado de maneira descentralizada e em todas as esferas de governo – Federal, estadual ou municipal. Os órgãos federais de regulação e fiscalização são exemplos de autarquias federais. O patrimônio e a receita desses são próprios, mas sofrem fiscalização do Estado (PORTAL BRASIL, 2012).

nasceram no interior do estado de São Paulo; ambas expandiram suas atividades ao longo do território brasileiro e são marcas de referência do setor.

No que tange ao tipo de contratação do plano de saúde, essa se subdivide em individual ou familiar e coletivo (NITÃO, 2004). Os planos individuais são aqueles de contratação voluntária de um indivíduo, enquanto que o familiar permite a inclusão de dependentes no plano; ambos são contratos de pessoas físicas. Já o plano coletivo refere-se à cobertura assistencial ofertada a um grupo delimitado relacionado à pessoa jurídica; esse grupo pode ter vínculo empregatício, associativo ou sindical. O contrato desse tipo de plano prevê que os beneficiários tenham cobertura imediata a partir da vinculação do indivíduo com a pessoa jurídica contratante do serviço (NITÃO, 2004).

Regular o setor saúde tinha como objetivo corrigir e reduzir as falhas de mercado presentes nesse sistema - assimetria de informações, seleção de riscos. A primeira se faz presente tanto pelo lado do cliente, que desconhece o médico ou prestador credenciado que irá lhe prestar assistência médica, terapêutica, e fornecer diagnósticos, bem como pelo lado da operadora, que no momento de efetivação do contrato não sabe de fato as condições de saúde do indivíduo, que pode vir a agir de má fé apenas para obter cobertura assistencial. Já a seleção de riscos, é uma consequência da assimetria de informação e atinge sobremaneira a operadora. Isto porque, uma vez que esta desconhece as condições de saúde do indivíduo, torna-se necessário cobrar uma mensalidade que lhe permita financiar eventuais custos, mesmo que o indivíduo esteja gozando boas condições de saúde; ou seja, os bons usuários pagam por aqueles que oneram a operadora, assim como no mercado de seguros de automóveis.

Essas falhas de mercado deveriam ser corrigidas através da ampliação da cobertura, ressarcimento dos atendimentos realizados pelo SUS, registro das operadoras, obrigatoriedade da capacidade de solvência, reservas técnicas, dentre outras medidas regulatórias (BAHIA; VIANA, 2002).

No conjunto de medidas implementadas logo no início da regulamentação têm-se a instauração do Plano Referência, que todas as operadoras são obrigadas a ofertar, e um teto para os reajustes anuais. O Plano Referência é um plano privado de assistência à saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar que compreende obstetrícia e acomodação em enfermaria. Engloba assistência hospitalar, partos e tratamentos realizados dentro do território nacional com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, quando

necessária, de doenças listadas como Doenças e Problemas relacionados com a Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O plano tem a cobertura mínima estabelecida pela Lei Nº 9.656/98 e abrange urgências e emergências após 24 horas da contratação (ANS, 2016b). O cálculo para definição do teto do reajuste é realizado por meio do custo anual das operadoras, observadas as normas e exigências legais que estas têm que informar ao órgão regulador desse sistema.

Conforme a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE, 2016) cabe à ANS: estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras; autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde; expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras com vistas à homologação de reajustes e revisões; fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas relativas ao seu funcionamento; articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa dos usuários de serviços privados de assistência à saúde.

Antes da instauração da ANS, as operadoras de saúde ofertavam os planos conforme lhes era mais vantajoso. Após a consolidação da agência, os planos que estavam em desacordo com as normas estabelecidas por essa tiveram sua comercialização proibida e foram chamados de não regulamentados. A ANS determinou que as operadoras deveriam contatar seus clientes para negociar a regulamentação desse tipo de contrato e embora o cliente possa não aceitar, a operadora deve mantê-lo, e o cancelamento do mesmo só pode ser realizado por parte do cliente. Além do que, todos os planos comercializados pelas operadoras devem ter registro junto a ANS.

Em consulta realizada para contrastarmos o número de beneficiários de planos de assistência à saúde antes da regulação e o número de beneficiários atendidos atualmente, adotamos o ano 2000 como ano corte e consideramos contratos firmados antes da lei 9.656/98, totalizando 21.671.083 beneficiários. Entre 1998 e 2000 foram firmados 9.295.439 novos contratos, indicando que em 2000 haviam 30.996.552 brasileiros com acesso a planos privados de assistência à saúde. Para o período atual, empregou-se o ano de 2016 como

ilustrativo desse e notamos 47.654.428 beneficiários ativos no sistema, dos quais 4.962.144 correspondiam a contratos antigos, firmados antes de 1998. A tabela 1 traz essas informações.

Tabela 1 - Número de beneficiários ativos no Sistema Suplementar em 2000 e 2016

| CONTRATAÇÃO | 2000 | 2016 |
|--------------------------|-------------|-------------|
| Anterior a Lei 9.656/98 | 21.671.083 | 4.962.144 |
| Posterior a Lei 9.656/98 | 9.295.439 | 42.692.284 |
| Total | 30.966.522 | 47.654.428 |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da ANS (2017c).

Os dados nos indicam que entre 2000-2016 houve uma elevação aproximada de 54% no número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, dos quais 22,8% correspondem a contratos firmados antes da regulamentação do setor. Disso podemos inferir que as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS) que se encontram ativas no sistema e que já operavam antes da regulamentação, conseguiram adequar aproximadamente 70% da sua carteira de contratos antigos as normas atuais vigentes.

Vale ressaltar que esses dados são uma estimativa do setor, pois, a base de dados da ANS não distingue os cadastros dos beneficiários por algum tipo de registro, como por exemplo, o Cadastro de Pessoa Física (CPF), havendo casos que o indivíduo mantenha um, dois, ou mais contratos de assistência privada à saúde.

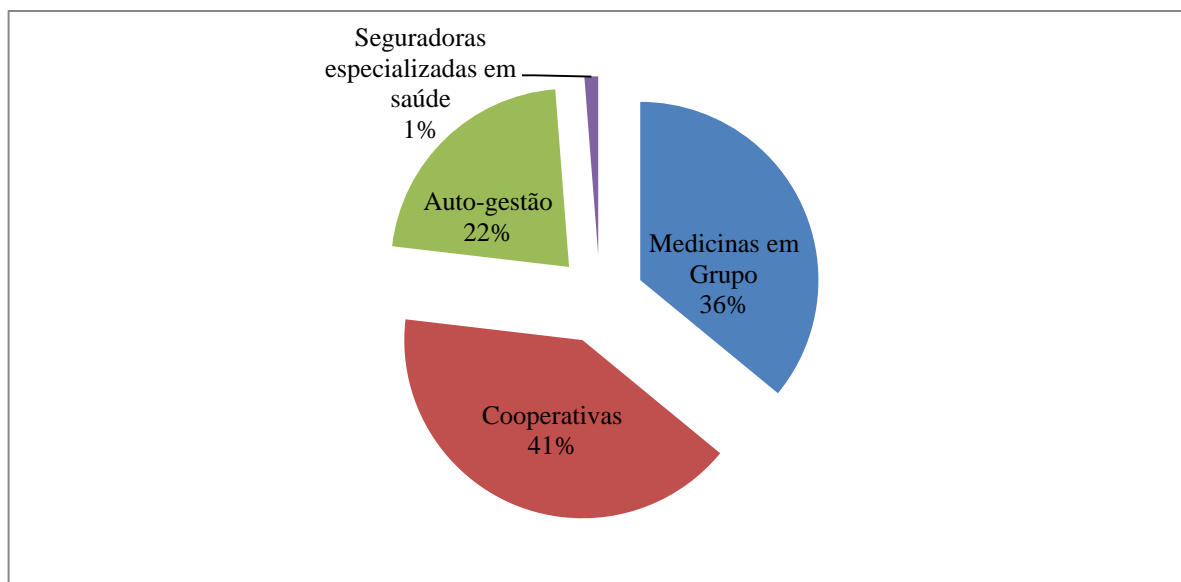
Paralelamente ao crescimento do número de beneficiários atendidos pelos planos privados tem-se uma redução do número de operadoras ativas nesse sistema. Em 2000, haviam 2.004 operadoras e, em dezembro de 2016 foram estimadas 950, sinalizando uma redução de 52,5% do número de ofertantes desses serviços. Entre aquelas que ofertam planos médico-assistenciais, têm-se as com e sem beneficiários. Ao nos atentarmos apenas para aquelas que têm beneficiários, observamos que essas representavam 1.458 operadoras em 2000 e em 2016, 788, indicando uma redução de aproximadamente 50% (ANS, 2017d). Uma vez que o número de beneficiários atendidos pelo sistema privado se elevou nesse período, podemos dizer que o crescimento desse setor está acompanhado pelo aumento da concentração de mercado.

Um motivo para tal fato, como aponta Malta et. al. (2004), é que as competências e normas expedidas pela agência são mais de caráter macroregulador e para atendê-las as operadoras de saúde têm desenvolvido capacidades técnicas de gestão que estreitam suas

relações com seus prestadores credenciados, facilitando sua organização empresarial e o ajuste à regulação. As operadoras que se mantiveram nesse mercado certamente conseguiram desenvolver técnicas de aprendizado que facilitam suas operações. Salles (2004) aponta que as exigências para ingresso nesse mercado são muitas, pois, as operadoras têm que atender uma série de requisitos - definidos pela ANS - favorecendo a concentração em poucos agentes.

A fim de verificar se realmente existe concentração no mercado de assistência privada à saúde consultamos a Sala de Situação do Setor, uma ferramenta interativa sobre o setor de saúde suplementar que oferece tanto dados gerais - totais do setor - quanto individualizados das operadoras ativas do sistema - número de beneficiários, receitas oriundas da comercialização de planos de assistência à saúde. Através dessa ferramenta, consideramos as quatro modalidades de operadoras abordadas – medicinas em grupo, cooperativas, auto-gestão e seguradoras de saúde – para avaliarmos se existe ou não a concentração de mercado. O gráfico 1 traz os resultados obtidos pela consulta.

Gráfico 1 - Market- Share por tipo de modalidade assistencial em 2017



(*) Consideramos apenas as operadoras ativas e com beneficiários.
Fonte: Sala de Situação do Setor – ANS (2017e).

Ao somarmos o grau de cobertura das duas maiores modalidades - medicinas em grupo e cooperativas - notamos que essas sozinhas atendem mais de 75% da população que demanda serviços privados de saúde, indicando a concentração na oferta do serviço por esses agentes. O segmento de auto-gestão, caracterizado pela oferta de serviços de assistência à

saúde a um grupo delimitado de indivíduos, corresponde a 22% desse mercado, enquanto que as seguradoras, que nos primeiros anos de regulação ainda operavam tanto no mercado de seguros quanto no de serviços de saúde, vindo a se adequar exclusivamente as normas da ANS, representam apenas 1%.

Salles, 2004, aponta que o aumento da concentração de mercado ocorre principalmente em virtude da falta de capacitação dos agentes que querem ingressar nesse mercado em atender as exigências da agência regulatória. As contrapartidas exigidas pelas OPS foram muitas e deixaram os agentes desse mercado sem a livre escolha. Uma vez que o órgão regulador exerce grande influência na atividade, onde podemos citar: a determinação dos reajustes anuais - calculados com base na receita e despesa obtidos pela atividade setorial -; o rol de procedimentos que devem ter cobertura; os tipos de contratos comercializados; todos esses fatores que se beneficiam com as técnicas de aprendizado, acabam elevando o custo de entrada neste setor. Os agentes que ali já operam conhecem de fato a estrutura de custo de cada segmento contratual - faixa etária, sexo - podendo realizar previsões de custo a curto ou longo prazo.

Apresentados os principais aspectos que motivaram a regulação do setor e sua configuração atual no Brasil, iremos, na próxima seção, abordar os aspectos econômico-financeiros da regulação.

2.3 Aspectos econômico-financeiros da Regulação

Essa seção destina-se a compreensão da regulação do setor saúde no âmbito econômico-financeiro das operadoras privadas do sistema. Sabemos que existem outras, como a avaliação da qualidade de atenção à saúde, porém, para que não nos distanciemos do nosso objetivo geral não realizamos essa abordagem. Tratamos somente questões relacionadas aos aspectos econômico-financeiros da regulação, com enfoque no Plano de Contas Padrão.

Até 1998, as queixas destinadas ao Ministério da Saúde sobre os prestadores privados desse sistema eram em sua maioria devido às quebras de contrato entre cliente e prestador, os reajustes de preços abusivos e não anunciados, a não cobertura de algumas patologias, e até mesmo pela falência de operadoras. Para solucionar esses problemas a regulação buscou adequar todas as formas de prestação de serviços privados de assistência à saúde a população brasileira, que até o ano 2000 era inexistente. Dentre as mudanças instituídas podemos citar a

determinação de um rol de procedimentos que deveriam ter cobertura para os usuários de planos de saúde, definidos pela tabela Associação Médico Brasileira² (AMB). A tabela AMB, denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), é elaborada por profissionais especialistas e revista continuamente. Nessa, existem informações referentes ao valor a ser pago pelo procedimento, o tipo de cobertura - imediata, com diretriz, o tempo médio de autorização (AMB, 2017). Além dessa determinação, foram instauradas regras referentes aos prazos máximos para liberação e agendamento de consultas e procedimentos cirúrgicos, como também as regras para a assinatura de contratos.

No âmbito econômico-financeiro, que recai principalmente sobre aspectos relacionados à solvência de empresas do ramo, citamos a exigência do envio trimestral de dados econômico- financeiros das OPS informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Saúde (DIOPS) (2017b). Esse é estabelecido e enviado a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, da ANS. Por meio dele, a ANS pôde conhecer com maior rigor os custos das operadoras, passando então a expedir normas e resoluções que computassem com maior fidelidade a necessidade da regulação.

O DIOPS contém informações referentes ao número de beneficiários, tipos de planos comercializados, o volume de receita obtido com cada plano ofertado, custos - administrativos, operacionais, de comercialização - da OPS, receitas e despesas com atendimentos dos beneficiários em outra área de abrangência e vice-versa.

Porém, num mercado tão assimétrico, com várias estruturas societárias - empresas mercantis, cooperativas, filantropias, seguradoras, tornou-se necessária à elaboração de um documento padrão que possibilitasse o envio dessas informações sem que houvesse uma distorção das informações e facilitasse o trabalho dos fiscais da ANS. Buscou-se assim criar um Plano de Contas Padrão, o qual foi elaborado entre agentes da agência regulatória e profissionais da Fundação Getúlio Vargas (FGV) (SALLES, 2004).

O Plano de Contas Padrão entrou em vigor no ano 2000 através da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 38 e sofreu diversas alterações, as quais serão elencadas na próxima seção deste capítulo, e recai principalmente sobre a área contábil da OPS.

² A Associação Médico Brasileira (AMB) foi fundada em 1951, buscando a dignidade do profissional médico e a qualidade da atenção á saúde a população. Essa associação concede e atualiza os títulos de especialistas através de avaliações teóricas e práticas (AMB, 2017).

De acordo com o Conselho Federal de Contabilidade (CFC) todas as empresas brasileiras são obrigadas a contabilizar e a divulgar seu resultado do exercício em 31 de dezembro do referido ano. As informações exigidas respeitam o decreto de lei nº 6.404/76, o qual estabeleceu que todas as empresas deveriam elaborar ao final de cada exercício social, demonstrações financeiras que mostrassem com clareza a situação do patrimônio da empresa e as mudanças advindas do exercício social. Assim tinha-se o Balanço Patrimonial (BP), a Demonstração do Resultado de Exercício (DRE), as Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL) e as Demonstrações de Origens e Aplicações dos Recursos (DOAR), que deveriam ser acompanhados por relatórios da Administração, Notas Explicativas e pareceres do Conselho Fiscal interno, como também de Auditores Independentes, externo (CAMARGOS E BARBOSA, 2005; BRASIL, 1976).

Em 2007, com a aprovação da Lei nº 11.638 ocorre uma modificação no grupo de demonstrações que deveriam ser apresentadas pelas empresas, em caráter obrigatório, com a inclusão da Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC) e a exclusão da DOAR. Neste trabalho damos ênfase aos grupos de contas obrigatórias para as empresas após a aprovação da lei nº 11.638/07 devido ao período de abrangência da pesquisa. A seguir temos uma descrição do grupo de contas que todas as empresas são obrigadas a emitir:

- Balanço Patrimonial (BP)

O Balanço Patrimonial de uma empresa é composto por dois grupos de contas, Ativo e Passivo. No Ativo, estão representados todos os bens e direitos da empresa, e, no Passivo são demonstradas todas as suas obrigações (IUDÍCIBUS et al., 2010). Esses grupos de contas se subdividem em mais grupos:

1. Ativo: ativo circulante e ativo não circulante;
2. Passivo: Passivo circulante, passivo não circulante e patrimônio líquido.

Na subconta ativo circulante são contabilizadas as disponibilidades e direitos que irão se concretizar no exercício social seguinte, bem como aplicações de recursos e despesas do próximo exercício. Já a subconta ativo não circulante, compõe-se pelo ativo realizável a longo prazo, investimentos, imobilizado e intangível. Conforme Art. 179 da Lei nº 6.404/76:

1. O ativo realizável a longo prazo é composto pelos direitos realizáveis após o término do exercício seguinte, decorrentes de vendas, adiantamentos ou empréstimos, que não constituírem negócios usuais da empresa;

2. Os investimentos compõem-se de participações em outras empresas e direitos de qualquer natureza, que não se destinem à manutenção da atividade principal;
3. O ativo imobilizado representa bens tangíveis dedicados à manutenção da rotina da empresa;
4. O intangível é formado por bens intangíveis usados na manutenção da empresa.

No grupo de contas que compreendem o passivo, a subconta passivo circulante será composta por obrigações que vencerem no próximo exercício social. Já as obrigações que vencem em prazo mais longo, estarão contabilizadas no passivo não circulante (BRASIL, 1976).

O Patrimônio Líquido que compõe a conta do Passivo computa a diferença entre as contas do ativo e do passivo, e representa o valor líquido da empresa, subdivido em outras quatro subcontas: 1) Capital Social, o montante de capital integralizado pela empresa; 2) Reservas de Capital, transações com os sócios da empresa; 3) Ajustes da Avaliação Patrimonial, contrapartidas de elevações ou reduções de contas do passivo, decorrentes de reavaliações; 4) Reservas de Lucros, que representam a apropriação de lucros da empresa no exercício (BRASIL, 1976).

- Demonstração do Resultado do Exercício (DRE)

A DRE demonstra com clareza as receitas, despesas, ganhos e perdas, admitindo a definição objetiva do lucro ou prejuízo auferido no fim do exercício social (IUDÍCIBUS et al., 2010).

Segundo Matarazzo (2003) essa demonstração apresenta aumentos e reduções de receita e despesa como resultado da atividade do exercício. Todas as receitas que irão resultar em aumento do ativo são computadas na DRE ocasionando elevação no seu patrimônio líquido. Por outro lado, as despesas reduzem o patrimônio líquido por duas vias: redução do ativo ou do aumento do passivo não circulante (exigível de longo prazo). Pode-se dizer que a DRE é composta por seis subcontas:

1. Pela receita bruta das vendas e serviços - sem impostos;
2. Pela receita líquida das vendas e serviços - com dedução de impostos e dos custos das mercadorias e serviços;
3. Lucro bruto - resultado da diferença entre receita bruta e receita líquida;

4. Lucro ou prejuízo operacional - lucro bruto menos as despesas administrativas e com vendas, somados com outras receitas operacionais;
5. Resultado do exercício antes do Imposto de Renda;
6. Lucro ou prejuízo do Exercício - deduzido o imposto de renda.

Seguindo essa terminologia, a DRE pode ser usada para avaliar com maior precisão as variações ocorridas nas contas principais do Balanço Patrimonial de determinada empresa - ativo e passivo.

- Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido (DMPL)

A Demonstração das Mutações no Patrimônio Líquido computa as variações de todas as contas do Patrimônio Líquido em dois balanços, mesmo que essas sejam decorrentes de correção monetária, aumento de capital, de lucro ou simplesmente da transferência entre contas no próprio Patrimônio Líquido (MATARAZZO, 2003).

- Demonstrações dos Fluxos de Caixa (DFC)

A conta Demonstrações dos Fluxos de Caixa (DFC) tornou-se obrigatória a partir de 2008, como resultado da aprovação da Lei nº 11.638/07. Essa demonstração deve conter alterações ocorridas no exercício social, no saldo do caixa e em equivalentes de caixa. Essas variações podem ser desagregadas como: resultado das operações, de financiamentos e de investimentos (BRASIL, 1976).

O Plano de Contas da ANS exige das OPS de saúde as mesmas informações que o CFC, no entanto, a padronização do envio dos dados busca equalizar a forma de recebimento dessas informações facilitando o trabalho dos analistas da agência. A seção a seguir discute a versão do documento original em 2000 e suas alterações posteriores.

2.4 Plano de Contas e suas alterações

O Plano de Contas Padrão em sua forma original foi estabelecido pela RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000 e no decorrer do tempo sofreu alterações que se encontram disponíveis no portal da ANS. Para fins dessa pesquisa, discutimos apenas aquelas que não foram revogadas. O texto original dizia:

Considerando a necessidade de implementação de um Plano de Contas Padrão, aplicável aos diversos segmentos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – OPS, cuja versão final é parte integrante do Anexo (9) do referido Relatório Final. (ANS, 2000).

Observa-se que a agência, ao elaborar uma sistematização de demonstrações contábeis que abrangessem todas as operadoras de saúde, excetuando-se o segmento de seguradoras especializadas em saúde, já no ano 2000, buscava uma uniformidade no recebimento das informações dos agentes desse mercado. A proposta inicial e que vigora até hoje compõe-se do preenchimento, pelas operadoras, de um documento composto por três campos divididos em treze dígitos (expansíveis), onde cada campo tem uma caracterização específica - classe de contas, subcontas -, codificada por algarismos.

Por ter sido elaborado antes da alteração nas normas contábeis de 2007, nos anos iniciais de envio das informações as operadoras enviavam as seguintes contas: Balanço Patrimonial (Ativo e Passivo), Demonstração do Resultado do Exercício e Demonstração do Fluxo de Caixa.

Em 2002, ocorre a primeira revisão do Plano de Contas através da Resolução Normativa (RN) nº 3, de 18 de abril de 2002, a qual altera as definições estabelecidas pela RDC nº 38/2000 (ANS, 2002). A principal mudança ocorrida diz respeito à distinção entre as contas e/ou subcontas que deveriam ser creditadas e debitadas, o que seria feito através da inclusão de um símbolo “(-)” nos débitos e da inclusão de subcontas. Expedida em abril, tornou-se obrigatória a partir de 1º de junho do mesmo ano, e recomendou-se que as operadoras passassem a empregar essa distinção do caráter da conta – débito e crédito – em suas demonstrações desde o início do ano.

Em 2003 foi expedida a Instrução Normativa (IN) nº 2, de 12 de novembro, que passou a incluir a obrigatoriedade das seguradoras especializadas em saúde no envio das contas e no cumprimento das obrigações da ANS. A padronização das contas para as operadoras desse segmento deu-se através da inclusão da letra “X” nos dígitos 10º ao 13º, que compõe o terceiro campo da codificação das contas, para diferenciá-las (ANS, 2003b). Até então as seguradoras não tinham que remeter suas informações à ANS.

A mudança mais recente e que compreende essa pesquisa deu-se em 2012, por meio da RN nº 290³, essa:

Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera o artigo 4º e o inciso I do artigo 5º, todos da Instrução Normativa Conjunta nº2, de 7 de julho de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 26, de 1º de abril de 2003; a RN nº 126, de 11 de maio de 2006; a RN nº 143, de 2 de janeiro de 2007; o § 1º do artigo 1º da RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009; a RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011; a Instrução Normativa -IN/DIOPE nº 1, de 30 de agosto de 2002; a IN/DIOPE nº 19, de 2 de setembro de 2008; a IN/DIOPE no- 21, de 19 de novembro de 2008; a IN/DIOPE nº 26, de 30 de março de 2009; a IN/DIOPE nº 29, de 19 de junho de 2009; a IN/DIOPE nº 32, de 11 de setembro de 2009; a IN/DIOPE nº 37, de 22 de dezembro de 2009; a IN/DIOPE nº 41, de 30 de março de 2010; a IN/DIOPE nº 42, de 7 de junho de 2010; a IN/DIOPE nº 43, de 5 de julho de 2010 e a IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011. (ANS, 2012c).

A RN 290, como exposto no trecho, revoga e altera todas as alterações ocorridas no Plano de Contas entre os anos 2006 e 2011. A forma de elaboração das contas nos moldes dessa são abordadas no seu anexo 1, o qual passamos a tratar.

Do mesmo modo que o RDC nº 38 de 2000, a RN nº 290/2012 define a codificação do Plano de Contas em três campos, divididos em treze dígitos. No grupo que compõe o primeiro campo temos: 1) Classe da Conta; 2) Grupo; 3) Subgrupo; 4) Conta; 5) Subconta. O quinto dígito diferencia-se para operadoras médico-assistências e de planos odontológicos, as primeiras devem preenchê-lo com algarismo 1, enquanto que as segundas o devem fazê-lo com o algarismo 2 (ANS, 2000; ANS, 2012b). O quadro 1 traz a ilustração do modo de preenchimento dos campos para operadoras de médico-assistenciais.

Quadro 1 - Codificação do Primeiro Campo do Plano de Contas para Operadoras Médico-Assistenciais

| 1º CAMPO | | | | |
|----------|-------|----------|-------|----------|
| CLASSE | GRUPO | SUBGRUPO | CONTA | SUBCONTA |
| | | | | 1 |

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS, 2012b.

³ Em 2016 houve uma alteração nessa resolução, porém os dados disponibilizados pela ANS, que auxiliam a condução dessa pesquisa ainda não foram divulgados, optou-se assim, por tratarmos apenas as leis, resoluções e normas que alteram e influem a interpretação dos das informações aqui disponíveis.

O segundo campo compreende os dígitos 6º ao 9º. O sexto dígito permite a distinção do tipo de contrato da OPS em função do período de assistência, se a preço pré-estabelecido (contratos coparticipativos) irá ser preenchido com o algarismo 1, e, no caso de pós-estabelecido (em sua maioria contratos que cobram um percentual por tipo de atendimento), pelo algarismo 2, o preenchimento desse campo pelo algarismo 9, assim como na RDC nº 38/2000, caracteriza as contas de não-produto (que não são planos de saúde). O sétimo campo é utilizado para caracterização das cooperativas que integram o mercado de saúde suplementar (ANS, 2000; ANS, 2012b). Para essas, a regulação permitiu a distinção entre os atos cooperativos e não cooperativos. No que tange as operadoras desse segmento, dizemos que essas irão preencher o dígito 7º com um algarismo diferente do “0”, que caracteriza os demais segmentos. O dígito 8º e 9º da codificação do plano de contas da ANS já tem definição pelo órgão, o dígito 7º e 8º nos termos da RN nº 290/2012, devem aparecer de forma conjunta.

No terceiro campo temos as subcontas que podem ser abertas a critério das OPS, desde que respeitem a codificação da ANS. Nesse campo são definidas e identificadas aquelas pertencentes ao segmento de seguradoras especializadas em saúde, que só devem ser empregadas por elas. O Quadro 2 ilustra os três campos de acordo com a RN nº 290/2012:

Quadro 2 - Codificação dos Três Campos do Plano de Contas Padrão da ANS

| 1º Campo | | | | 2º Campo | | | | 3º Campo | | | |
|-----------------|--|--|--|---------------|--|--|--|---------------|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| Conta/ Subconta | | | | Desdobramento | | | | Desdobramento | | | |

Fonte: ANS, 2012b.

No que tange à classe das contas, a RN nº 290/2012 manteve aquelas referidas na RDC nº 38/2000 e RN nº 27/2002, dividindo-se em seis classes assim definidas e identificadas:

- a) Ativo: algarismo 1;
- b) Passivo: algarismo 2;
- c) Receita: algarismo 3
- d) Despesa: algarismo 4;
- e) Contas de Destinação/ Apuração do Resultado: algarismo 6;

f) Contas Transitórias – Apuração de Custos: algarismo 7.

Para as OPS a Classe de Receitas é composta a partir da soma de seis grupos: Receitas com Operações de Planos de Assistência à Saúde, (-) Tributos Diretos de Operações de Assistência à Saúde, Outras Receitas Operacionais, (-) Tributos Diretos de outras Atividades de Assistência à Saúde, Receitas Financeiras e Receitas Patrimoniais. Em contrapartida ao grupo das receitas há o grupo de despesas, dividido da seguinte maneira: Eventos Indenizáveis Líquidos, Despesas de Comercialização, Outras Despesas Operacionais, Despesas Financeiras, Despesas Administrativas e Despesas Patrimoniais (ANS, 2012b).

Em que se trata das demonstrações contábeis que devem ser remetidas à ANS, as OPS devem seguir a lei nº 6.404/76 e suas alterações. Além disso, a RN nº 290/12 manteve a determinação original da necessidade de parecer de auditoria técnica independente até o dia 31 de março do ano subsequente ao exercício social e o envio dessas informações à ANS deve ocorrer até o dia 15 de abril (ANS, 2012b).

Existe uma diferenciação entre as obrigações das operadoras de acordo com o seu porte, o qual é definido a partir do número de beneficiários. As OPS de pequeno porte têm até 20.000 beneficiários, as de médio porte entre 20.000 e 100.000, e, as de grande porte mais de 100.000. Aquelas classificadas como de pequeno porte ficam dispensadas da publicação das Demonstrações Contábeis completas, porém, essas devem enviar até o dia 15 de abril do exercício subsequente: suas Demonstrações Contábeis, o parecer da auditoria interna e também um Relatório Circunstanciado sobre Deficiências de Controle Interno (ANS, 2012b).

Embora haja a presença da regulação e a padronização do sistema de contas, a forma de contabilização do setor é análoga a de outros setores, havendo distinção apenas em alguns grupos de contas que as compõe. Os principais grupos de contas que sofrem alterações na composição das demonstrações contábeis em virtude da padronização são: o BP e a DRE. Os quadros 3 e 4 a seguir ilustram a estrutura do Balanço Patrimonial de uma OPS.

Quadro 3 - Estrutura da conta do Ativo do Balanço Patrimonial de uma Operadora de Saúde

| BALANÇO PATRIMONIAL EM 31 DE DEZEMBRO | | |
|---|----------|---------------------------------|
| Valores em R\$ 1 | | |
| ATIVO | Saldo em | Saldo em |
| | 31/12/x1 | 31/12/x0 |
| ATIVO CIRCULANTE | | |
| Disponível | | |
| | | Realizável |
| Aplicações Financeiras | | |
| Aplicações garantidoras de provisões técnicas | | |
| Aplicações Livres | | |
| Créditos de operações com planos de Assistência à Saúde | | |
| Contraprestação Pecuniária a Receber/Prêmio a receber | | |
| Operadoras de Planos de Assistência à Saúde | | |
| Outros créditos de Operações com planos de Assistência à Saúde | | |
| Créditos de Oper.de Assist. Saúde Não relacionados com Planos de Saúde da Operadora | | |
| Créditos tributários e Previdenciários | | |
| Bens e títulos a Receber | | |
| Despesas antecipadas | | |
| Conta Corrente com Cooperados | | |
| | | ATIVO NÃO CIRCULANTE |
| | | Realizável a Longo Prazo |
| Depósitos Judiciais e Fiscais | | |
| | | Investimentos |
| Participações Societárias Avaliadas pelo Método de Equivalência Patrimonial | | |
| Participações societárias em Rede Assistencial não Hospitalar | | |
| | | Imobilizado |
| Imóveis de uso próprio | | |
| Imóveis - não hospitalares/ Odontológicos | | |
| Imobilizado de Uso Próprio | | |
| Não hospitalares/ Odontológicos | | |
| Imobilizações em curso | | |
| Outras Imobilizações | | |
| TOTAL DO ATIVO | | |

Fonte: Adaptado de Relatório anual de Gestão – Unimed Araxá, 2016.

Quadro 4 - Estrutura da conta do Passivo do Balanço Patrimonial de uma Operadora de Saúde

| PASSIVO | | |
|--|----------|----------|
| | Saldo em | Saldo em |
| | 31/12/x1 | 31/12/x0 |
| PASSIVO CIRCULANTE | | |
| Provisões técnicas de Operações de Assistência à Saúde | | |
| Provisões de Prêmios/ Contraprestações | | |
| Provisões de Prêmio/ Contraprestação Não Ganha – PPCNG | | |
| Provisão de Eventos a Liquidar para SUS | | |
| Provisão de Evento a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais | | |
| Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados | | |
| Débitos de Operações de Assistência à Saúde | | |
| Receita Antecipada de Contraprestações/ Prêmios | | |
| Débitos de Oper. Assist. à Saúde não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora | | |
| Tributos e encargos sociais a recolher | | |
| Débitos Diversos | | |
| Conta Corrente de Cooperados | | |
| PASSIVO NÃO CIRCULANTE | | |
| Exigível a Longo Prazo | | |
| Provisões | | |
| Provisões Jurídicas | | |
| PATRIMÔNIO LÍQUIDO | | |
| Capital Social | | |
| Reservas | | |
| Reservas de Lucros/ Sobras/ Retenção de Superávits | | |
| Lucros/ Prejuízos - Superávits/ Déficits Acumulados ou Resultado | | |
| TOTAL DO PASSIVO | | |

Fonte: Adaptado de Relatório anual de Gestão – Unimed Araxá, 2016.

A conta Contraprestações Efetivas (receitas oriundas da comercialização de serviços de saúde) segue critérios divergentes quanto a contratos a preços pré e pós-estabelecidos. O primeiro tipo permite que as receitas sejam apropriadas a operadora no último dia do mês, enquanto que o segundo estabelece que somente a parcela mensal do risco deva ser registrada no Ativo Circulante, no Contas a Receber (ANS, 2012b).

O registro contábil dos lançamentos das contas Provisão de Sinistros a Liquidar e Provisão de Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde devem ser feitos no seu valor integral no momento do reconhecimento da despesa médica pela operadora. Para as cooperativas e em casos onde o atendimento ao beneficiário é realizado na mesma rede

assistencial existem ressalvas. No primeiro, os cooperados, por integrarem a cooperativa e por terem o seu rendimento variável, o valor lançado nessa conta pode ser feito ao final da apuração da produção desses. Enquanto que, o segundo, só será conhecido após a divisão do faturamento mensal das empresas que operam no mesmo registro (CNPJ) (ANS, 2012b).

Há uma conta nomeada como Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados que constitui-se por atendimentos ocorridos a beneficiários da OPS e não avisados.

Pelo setor saúde ser definido como de caráter universal, existe outra discussão - não abordada nessa pesquisa - que distingue quem deve ofertar o serviço saúde ao indivíduo, denominada judicialização da saúde. A Constituição Federal Brasileira define que o município através da arrecadação de impostos e pelas transferências recebidas, deva ofertar o serviço saúde à população local. Porém, não é isso que se observa na prática. A Constituição Federal Brasileira ao permitir a atuação dos entes privados nesse sistema e a regulação pela ANS entende que o beneficiário de um plano privado não deva ser atendido pelo Sistema Único de Saúde, logo, nos casos onde isso ocorra, a operadora deve ressarcir o sistema público.

No Plano de Contas existe uma conta denominada como “eventos/sinistros” a liquidar, a qual é constituída por ressarcimentos ao SUS. A provisão de fundos destinada a essa conta deve ser realizada em seu valor integral no momento do recebimento de cobrança da operadora através do aviso da ANS - realizado pelo cruzamento dos dados do DATASUS e da base de dados da ANS (ANS, 2012b). Os quadros 4, 5 e 6 caracterizam a Demonstração do Resultado do Exercício, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, Demonstração do Fluxo de Caixa de uma OPS.

Quadro 5 - Estrutura da Demonstração do Resultado do Exercício de uma Operadora de Saúde

| DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO EM 31 DE DEZEMBRO | | |
|---|------------------------|------------------------|
| | Saldo em 31/12/x | Saldo em 31/12/x |
| Contraprestações Efetivas/ Prêmios Ganhos de Plano de Assistência à Saúde | 1 | 0 |
| Receitas com operações de Assistência à Saúde | | |
| Contraprestações líquidas | | |
| Receita com Administração | | |
| (-) Tributos Diretos de Operações com Planos de Assistência à Saúde da Operadora | | |
| Variação das Provisões Técnicas | | |
| Eventos Indenizáveis Líquidos/ Sinistros Retidos | | |
| Eventos/ Sinistros conhecidos ou Avisados | | |
| Variação da Provisão de Eventos/ Sinistros Ocorridos e Não avisados | | |
| Recuperação de Eventos conhecidos ou Avisados | | |
| RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE | | |
| Outras Receitas Operacionais de Planos de Assistência à Saúde | | |
| Receitas de Assistência à Saúde não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora | | |
| Receitas com Operações de Assistência Médico- Hospitalar | | |
| Receitas com Administração de Intercâmbio Eventual - Assistência Médico Hospitalar | | |
| Outras Receitas Operacionais de Planos de Assistência à Saúde | | |
| (-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência à Saúde | | |
| Outras Despesas Operacionais com Plano de Assistência à Saúde | | |
| Outras despesas de operações com de Planos de Assistência à Saúde | | |
| Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças | | |
| (-) Recuperação de Outras despesas operacionais de assistência à Saúde | | |
| Provisão para Perdas sobre o Crédito | | |
| Outras Despesas Operacionais de Assistência à Saúde não relacionadas com Planos de saúde da OPS | | |
| RESULTADO BRUTO | | |
| Despesas de Comercialização | | |
| Despesas Administrativas | | |
| Resultado financeiro Líquido | | |
| Receitas Financeiras | | |
| Despesas Financeiras | | |
| Resultado Patrimonial | | |
| Despesas Patrimoniais | | |
| RESULTADOS ANTES DOS IMPOSTOS E PARTICIPAÇÕES | | |
| Imposto de Renda | | |
| Contribuição Social | | |
| RESULTADO LÍQUIDO | | |

Fonte: Adaptado de Relatório anual de Gestão – Unimed Araxá, 2016.

Quadro 6 - Estrutura da Demonstração das Mutações de Patrimônio Líquido de uma Operadora de Saúde

| Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido do Exercício Findo em 31 de dezembro | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------|
| (Valores em R\$ 1) | | | | | |
| | Capital/ Patrimônio Social | Reservas | | | Total |
| | | Reservas de Sobras | Fundo de Investimento | Sobras ou Perdas Acumulação | |
| Saldos em 31 de dezembro de x0 | | | | | |
| Destinação da Sobra 2015 | | | | | |
| Distribuição da Sobra | | | | | |
| Aumentos de Capital | | | | | |
| Por Subscrição | | | | | |
| Incorporação Juros para o Capital | | | | | |
| Devolução de Capital | | | | | |
| Demissão/ Exclusão de Associados | | | | | |
| Reservas | | | | | |
| Constituição ao Fundo de Investimento | | | | | |
| Reversões de Reservas | | | | | |
| Absorção por Perda c/ Fundo de Reserva | | | | | |
| Movimentação do FATES | | | | | |
| Sobra Líquida do Exercício | | | | | |
| Proposta de destinação da Sobra | | | | | |
| FATES ato não Cooperativo | | | | | |
| Fundo de reservas | | | | | |
| Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social | | | | | |
| FATES resultado Patrimonial | | | | | |
| SALDOS EM 31 DE DEZEMBRO DE x1 | | | | | |

Fonte: Adaptado de Relatório anual de Gestão – Unimed Araxá, 2016.

Quadro 7 - Demonstração do Fluxo de Caixa de uma Operadora de Saúde

| DEMONSTRAÇÃO DO FLUXO DE CAIXA (DFC) EM 31 DE DEZEMBRO | | |
|---|-------------------|-------------------|
| (VALORES EM R\$) | Saldo em 31/12/x1 | Saldo em 31/12/x0 |
| ATIVIDADES OPERACIONAIS | | |
| (+) Recebimento de Planos de Saúde | | |
| (+) Resgate de Aplicações Financeiras | | |
| (+) Recebimento de Juros de Aplicações Financeiras | | |
| (+) Outros Recebimentos Operacionais | | |
| (-) Pagamento a Fornecedores/ Prestadores de Serviços de Saúde | | |
| (-) Pagamento de Comissões | | |
| (-) Pagamento de Pessoal | | |
| (-) Pagamento de Pró- Labore | | |
| (-) Pagamento de serviços Terceiros | | |
| (-) Pagamento de Tributos | | |
| (-) Pagamento de Aluguel | | |
| (-) Pagamento de Promoção/ Publicidade | | |
| (-) Aplicações Financeiras | | |
| (-) Outros Pagamentos Operacionais | | |
| CAIXA LÍQUIDO DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS | | |
| ATIVIDADES DE INVESTIMENTO | | |
| (-) Pagamento de Aquisição de Ativo- Imobilizado - Outros | | |
| (-) Pagamento de Aquisição de Participações em outras Empresas | | |
| CAIXA LÍQUIDO DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTO | | |
| ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO | | |
| (+) Integralização de Capital em Dinheiro | | |
| (+) Outros Recebimentos da Atividade de Financiamento | | |
| Juros de Aplicações Financeiras | | |
| CAIXA LÍQUIDO DAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO | | |
| VARIAÇÃO LÍQUIDA DO CAIXA | | |
| CAIXA SALDO INICIAL | | |
| CAIXA SALDO FINAL | | |
| Ativos livres no Início do Período | | |
| Ativos livres ao Final do Período | | |
| Aumento/(diminuição) nas aplicações financeiras - RECURSOS | | |

Fonte: Adaptado de Relatório anual de Gestão – Unimed Araxá, 2016.

Além da estruturação das contas conforme o padrão exigido pela ANS, a auditoria de contas também deve cumprir padrões rigorosos de formatação para que a fidedignidade dos dados seja considerada. O Anexo I da RN nº 290/2012 é claro quanto a essas exigências. Para os auditores, é obrigatório que eles tenham registro junto à Comissão de Valores Mobiliários

(CVM), e que sejam fiéis aos dados apresentados. Se não o fizerem, o órgão regulador pode expedir uma reclamação junto ao conselho ou comissão que esse auditor represente, impossibilitando-o do exercício de suas atividades por um período indeterminado ou até que provem que as reclamações dirigidas a ele sejam falsas. Os critérios de avaliação, de apropriação e de auditoria, devem estar de acordo com as Práticas Contábeis Brasileiras e do Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC). O quadro 8 traz esses critérios e a forma de interpretação para as operadoras de saúde.

Quadro 8 - Critérios adotados para auditoria de contas das Operadoras de Saúde

| | |
|--|--|
| CPC - 00 Estrutura Conceitual para Elaboração e Apresentação das Demonstrações Contábeis | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 01 Redução ao Valor Recuperável | OS ativos da OPS não devem ser contabilizados por um valor superior àquele passível de ser recuperado no tempo por uso nas operações dessa ou em sua eventual venda; |
| | Todos os anos deve ser realizada uma avaliação de seus ativos, a fim de saber se esses perderam ou não representatividade econômica; |
| | Deve ser constituída uma Provisão para Perdas Sobre Créditos - PPSC, oriunda de perdas por inadimplência; |
| | No ativo intangível a OPS deverá analisar o estudo realizado na data de aquisição do ativo e compará-lo com a rentabilidade em cada exercício social; |
| CPC - 02 Efeitos das Mudanças nas taxas de câmbio e a conversão de Demonstrações Contábeis | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 03 Demonstração do Fluxo de Caixa | Realizada pelo Método Direto |
| CPC - 04 Ativos Intangíveis | Deve ser separável, vendido e desvinculado da OPS; |
| | O desenvolvimento de um Sistema pela OPS, só é considerado Ativo Intangível se comprovado seu benefício futuro; |
| | é permitida a aquisição de carteiras de outras OPS; |
| CPC - 05 Divulgação sobre Partes Relacionadas | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 06 Arrendamento Mercantil Operacional e financiamento | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC -07 Subvenções e Assistenciais Governamentais | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 08 Custos de Transação e Prêmios na Emissão de Títulos e Valores Mobiliários | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |

| | |
|--|---|
| CPC - 09 Demonstração de Valor Adicionado | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 10 Pagamento Baseado em Ações | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 12 Ajuste a Valor Presentee | Não é aplicável a operações de saúde suplementar |
| CPC - 15 Combinação de Negócios | Trata da aquisição de controle sobre um negócio que pode ser uma aquisição de carteira ou controle societário; |
| | O critério para avaliação dessa operação é o valor justo e a identificação de ativos e passivos (não contabilizados na adquirida); |
| CPC - 16 Estoques | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 17 Contratos de Construção | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 18 Investimentos em Coligada e Controlada | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 19 Investimento em Joint Venture | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 20 Custo de Empréstimos | As OPS que necessitem de recursos de terceiro para financiar investimentos - rede assistencial, outros ativos imobilizados - devem capitalizar esses custos, com juros e demais taxas, no próprio ativo que está sendo construído. Assim, essas não têm que reconhecer seus custos como despesas nos seus resultados; |
| CPC - 21 Demonstrações Intermediárias | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 22 Informações por segmento | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 23 Polícas Contábeis, Mudanças de Estimativa e Retificação de Erro | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 24 Evento Subsequente | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 25 Provisões, Passivos Contingentes e Ativos Contingentes | A provisão é um passivo de prazo e valor incerto, reconhecida apenas quando uma entidade tem uma obrigação presente de um evento passado, é mais provável que haja uma saída de recursos; pode ser realizada uma estimativa de seu valor; |
| | A obrigação pode derivar: de um contrato, legislação ou outra ação da lei; |
| | Nenhum item registrado como como provisões tributárias é passível de baixa, a não ser quando haja um novo julgamento; |
| CPC - 26 Apresentação das Demonstrações Contábeis | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 27 Ativo Imobilizado | Não são admitidas reavaliações e avaliação a valor justo como critério para avaliação desses; |
| CPC - 28 Propriedade para Investimento | Não são admitidas reavaliações e avaliação a valor justo como critério para avaliação desses; |
| CPC - 30 Receitas | O montante de receitas oriundo de um determinada transação é determinado entre a entidade e o comprador, sendo mensurado pelo valor justo da contraprestação recebida, deduzida de quaisquer descontos comerciais e/ou bonificações concedidas pela entidade ao comprador; |
| CPC - 31 Ativo não circulante mantido | Não são admitidas reavaliações e avaliação a valor justo como critério para avaliação desses; |

| | |
|--|--|
| para venda e operação descontinuada | |
| CPC - 32 Tributos sobre o Lucro | Os créditos tributários oriundos de prejuízos fiscais sobre o lucro devem ser registrados somente quando atenderem conjuntamente as seguintes condições: 1) apresentarem histórico de lucros ou receitas tributáveis para fins de imposto de renda e contribuição social comprovado em pelo menos três dos últimos cinco exercícios sociais, incluindo o exercício em referência; 2) Exista expectativa de geração de lucros ou receitas tributáveis para fins de imposto de renda e contribuição social em períodos subsequentes, baseado em estudo técnico que comprove e permita a realização do crédito tributário em prazo máximo de 10 anos. |
| | Se a OPS for recém constituída o registro de créditos tributários só poderá ser realizado na existência de expectativa de geração de lucros ou receitas tributáveis baseada em estudo que tenha sido enviado à ANS (incluindo aquele que permite o início de suas operações); |
| | Para constituição dos créditos tributáveis têm-se como critério: seu valor é calculado com base nas alíquotas vigentes no período, devendo ser sempre reajustado quando da revisão dessas, no mesmo exercício em que for aprovada a legislação fiscal que as modifique; o crédito deve ser calculado pela alíquota básica, a menos que, seja elevada a possibilidade de se realizar a recuperação dos créditos por alíquota que inclua o percentual adicional à alíquota básica; |
| | Compete à administração da OPS a avaliação das possibilidades de realização dos créditos; |
| | A avaliação decorrente de prejuízo fiscal ou de base negativa de contribuição social deverá ser formalizada pela elaboração de projeções de resultados tributáveis que permita a realização dos créditos tributários em no máximo 10 anos, devendo ficar disponíveis aos auditores independentes e dos acionistas e, sempre que requisitado, encaminhadas à ANS no prazo máximo de cinco dias; |
| | Se houver dúvida razoável em relação às possibilidades de recuperação dos créditos deverá ser constituída provisão para ajuste aos seus valores prováveis de realização; |
| | A provisão deverá ser constituída pela diferença entre o valor projetado e o ocorrido, se os valores efetivamente realizados em dois períodos consecutivos forem inferiores em 50% dos valores previstos para igual período nas projeções de resultados tributáveis, salvo caso extraordinário que a OPS não tenha tido condições de estimar essa diferença; |
| | Em caso de apuração do prejuízo fiscal ou base negativa de cálculo da contribuição social sobre o lucro por três exercícios consecutivos, incluindo o de referência, a constituição da provisão pelo seu valor integral é obrigatória, exclui-se as OPS recém-constituídas ou em fase de reestruturação operacional ou reorganização societária, cujo histórico de prejuízos tenha sido decorrente de sua fase anterior; |
| No momento em que for evidenciados a impossibilidade de sua recuperação os créditos tributários e as respectivas provisões deverão ser baixados; | |
| CPC - 33 Benefícios a Empregados | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 35 Demonstrações Consolidadas | Até que a ANS estabeleça critérios próprios, as OPS estão dispensadas de publicar suas demonstrações consolidadas, sem prejuízo da elaboração e publicação das Demonstrações Individuais, salvo casos determinados pela ANS. |
| CPC - 37 Adoção inicial da Normas Internacionais de Contabilidade | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 38 Instrumentos Financeiros - Reconhecimento e Mensuração | Parte relevante dos ativos financeiros deve ser classificada como ativo financeiro mensurado pelo valor justo; |
| | As OPS que classificarem ativos em mantidos até o vencimento, deverão efetuar um estudo que comprove sua intenção e capacidade de mantê-los até o vencimento e fazer relato dessa opção no Relatório de Administração; |
| | Sempre que vendas ou reclassificações de mais de uma quantia insignificante de investimentos mantidos até o vencimento não satisfizerem nenhuma das condições previstas no pronunciamento, qualquer investimento mantido até o vencimento remanescente deverá ser reclassificado como disponível para venda. |

| | |
|--|---|
| | <p>A operadora não deve classificar nenhum ativo financeiro como mantido até o vencimento se essa tiver vendido ou reclassificado mais do que quantia insignificante de investimentos mantidos até o vencimento antes do vencimento, durante o exercício social corrente ou durante os dois exercícios sociais precedentes, que não seja por vendas ou reclassificações que: 1) estejam próximos ao vencimento ou data de compra e, portanto, seu valor justo não seja sensível a variação na taxa de juros; 2) ocorram depois de a operadora ter recebido todo o capital original do ativo financeiro por meio de pagamentos programados ou antecipados; 3) seja atribuível a um acontecimento isolado que esteja fora do controle da operadora, não sendo recorrente e previsto por essa.</p> <p>As operadoras que gerenciam suas carteiras próprias devem atentar as divulgações exigidas no pronunciamento, assim como a classificação e o critério para apuração do valor justo.</p> |
| CPC - 39 Instrumentos Financeiros - Apresentação | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 40 Instrumentos Financeiros - Evidenciação | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 41 Resultado por Ação | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |
| CPC - 43 Adoção Inicial dos Pronunciamentos Técnicos - CPC 15 a 41 | Aplicam-se as disposições e os critérios estabelecidos pela CPC desde que esses não estejam em discordância. |

Fonte: “Adaptado” de ANS, 2012b, p. 11-29.

Mesmo havendo a cobrança do envio das demonstrações contábeis das OPS, algumas não as cumprem, havendo também, casos onde são encontradas irregularidades na situação econômico-financeira que comprometam a prestação dos serviços. O próximo item aborda as resoluções e os procedimentos adotados nessas situações.

2.4.1 *Descumprimento do Plano de Contas ou detecção de irregularidades econômico-financeiras*

Uma vez que haja o descumprimento das exigências do órgão regulador no envio das contas ou a detecção de irregularidades operacionais que comprometam a prestação de serviços aos usuários do sistema privado, as operadoras sofrem intervenções da ANS.

Nos moldes da Lei 9.656/98 em seu Art. 24:

Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas a disciplina desta Lei, insuficiência das garantias de equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do

atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (BRASIL, 1998).

Os Regimes Especiais, de Direção Fiscal e de Direção Técnica, até o ano 2012 eram regidos pela RN nº 52 de 14 de novembro de 2003. A Direção Fiscal compreende irregularidades no âmbito econômico-financeiro da OPS, enquanto que a Direção Técnica pressupõe irregularidades do ponto de vista operacional (ANS, 2003c).

A Direção Fiscal poderia ser instituída sempre que ocorressem uma ou mais anormalidades administrativas ou econômico-financeiras, e até mesmo quando o órgão regulador detectasse irregularidades que comprometessem a prestação dos serviços. Aquelas que são citadas pela RN nº 52/2003:

- I. Atraso contumaz no pagamento aos prestadores;
- II. Desequilíbrio atuarial da carteira;
- III. Evasão excessiva de beneficiários;
- IV. Rotatividade da rede credenciada ou referenciada;
- V. Totalidade do ativo em valor inferior ao passível exigível;
- VI. Insuficiência de recursos garantidores, em relação ao montante total das provisões técnicas;
- VII. Não apresentação, não aprovação ou não cumprimento do Plano de Recuperação de que trata a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 22 de 30 de maio de 2000;
- VIII. Obstrução ao monitoramento da capacidade técnico operacional ou da situação econômico-financeira que possa vir a colocar em risco a qualidade e a continuidade do atendimento à saúde; (ANS, 2003c).

De acordo com Araújo, 2004, o principal objetivo do Regime de Direção Fiscal era assegurar a situação econômico-financeira da operadora através de uma análise em suas contas e de aplicações de técnicas de auditoria em suas demonstrações contábeis. Para tanto, os diretores fiscais eram escolhidos pela ANS a partir de um banco de dados composto por ex-funcionários do Banco Central (BACEN), da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e de outros profissionais com as competências necessárias para a execução da função.

Uma vez nomeado, o Diretor Fiscal deveria procurar conhecer a fundo as características da operadora e enviar à ANS, no mínimo em periodicidade mensal, relatórios que descrevessem a real situação da empresa. Nos casos onde os resultados almejados fossem insatisfatórios ou não coubessem soluções para melhorias, o diretor deveria comunicar à ANS sobre a liquidação extrajudicial da OPS. O fim da direção fiscal pressupunha que os

resultados esperados fossem alcançados ou que a OPS entrasse em liquidação extrajudicial (ANS, 2012c; ARAÚJO, 2004).

Estando sob o Regime de Direção Fiscal, a OPS poderia elaborar um Programa de Saneamento e apresentá-lo à ANS. Se a agência o acatasse, sua aplicação deveria ocorrer imediatamente e a fiscalização seria ministrada pela Gerência de Acompanhamento das Operadoras (GEAOP) por um período de noventa dias, a fim de acompanhar o cumprimento das metas. Em casos negativos, poderia ser instituída uma nova Direção Fiscal ou a liquidação extrajudicial da OPS (ARAÚJO, 2004).

Porém, em 2012, duas outras resoluções foram publicadas, as quais alteram sobremaneira a constituição dos Regimes Especiais.

A primeira delas, RN nº 307, de 23 de outubro de 2012:

Dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea “e” do inciso XLI do artigo 4º da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, revoga a RN nº 199, de 07 de agosto de 2009, e dá outras providências. (ANS, 2012d).

Através da RN nº 307/2012 ficaram estabelecidos os Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira (PAEF) das operadoras de planos de assistência à saúde. Esses procedimentos consistem num conjunto de medidas e ações que visam adequar às deficiências econômico-financeiras da operadora em determinado período de tempo.

Os PAEF se dividem em dois grupos: Plano de Adequação Econômico-Financeira (PLAEF), restrito as OPS de grande porte, e; o Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras (TAOEF), aplicado às operadoras de médio e grande porte - definidas no item 2.4. Esses procedimentos constituem uma alternativa ao Regime de Direção Fiscal, pois permitem que a DIOPE - responsável pela recepção do Plano de Contas-, ao detectar alguma anomalia que comprometa a prestação dos serviços pela OPS ou sua liquidez, comunique a operadora para que sejam feitas as correções em prazo determinado.

Ao receber o aviso, a OPS tem duas alternativas. A primeira consiste na apresentação das correções do Plano de Contas juntamente com os documentos comprobatórios em no máximo trinta dias, e; a segunda corresponde à adoção do PLAEF ou TAOEF. Ao fazer a escolha pela segunda opção, a OPS tem que apresentá-los respeitando o prazo de trinta dias após o aviso da DIOPE, caso não o faça, essa entrará em Regime de Direção Fiscal (ANS, 2012d).

O PLAEF tem duração máxima de dezoito meses. Para elaboração e aprovação desse pela ANS, devem ser apresentadas projeções para seu: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado, Patrimônio Ajustado e Margem de Solvência. As OPS que se inserirem nesse procedimento de recuperação devem enviar mensalmente à ANS, até o último dia útil do mês subsequente, um balancete sintético das demonstrações BP e DRE, respeitando as projeções apresentadas (ANS, 2012d).

Já o TAOEF, tem vinte e quatro meses de duração e se aplica as operadoras de pequeno e médio porte. Caso sejam constatadas situações que prejudiquem a avaliação da situação econômico-financeira dessas operadoras, como: problemas no seu controle interno, erros ou omissões em suas demonstrações contábeis; a ANS exige que as operadoras os solucione em prazo máximo de seis meses. Após esse prazo, essas devem encaminhar um relatório de auditoria externa ao órgão regulador para validar as medidas adotadas. No primeiro ano de vigência do termo, devem ser corrigidas, ao menos, 50% de suas anormalidades (ANS, 2012d).

Ambos os procedimentos podem ser cancelados por parte da OPS no caso de cumprimento das metas, regularidade no envio dos documentos econômico-financeiros periódicos, e com a adoção do Plano de Contas Padrão. E por parte da ANS se for detectada uma piora na situação econômico-financeira da OPS durante a vigência do PLAEF e TAOEF ou encontradas irregularidades nas informações enviadas ao órgão regulador (ANS, 2012d).

Nos casos onde a OPS não apresente à ANS uma alternativa as deficiências econômico-financeiras encontradas ou os não sejam apresentados PAEF são estabelecidos os Regimes de Direção Fiscal, conforme definição da RN nº 52/2003, ou até mesmo sua liquidação extrajudicial.

Ainda no ano de 2012 foi estabelecida a RN nº 316, de 30 de novembro de 2012, a qual: “Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga a RDC nº 47, de 3 de janeiro de 2001, e a RN nº 52, de 14 de novembro de 2003”. (ANS, 2012e).

O Regime de Direção Fiscal imposto pela RN nº 316/2012 considera as mesmas situações que o instalavam através da RN nº 52/2003, porém, essa é mais abrangente quanto às situações que podem dar origem ao regime. Dentre as situações que não são citadas pela resolução anterior a ela citamos: a não apresentação, rejeição, cancelamento ou descumprimento do PLAEF e ou do TAOEF; impedimento ao acompanhamento da situação

econômico-financeira da OPS; não adoção ou presença de irregularidades na adesão do Plano de Contas Padrão da ANS, dentre outras (ANS, 2012e).

A ANS determinará a instauração do Regime de Direção Fiscal quando não houverem alternativas mais adequadas que o acompanhamento presencial das atividades rotineiras da OPS.

O diretor fiscal será escolhido pela ANS, cabendo a esse informar ao órgão a real situação da OPS, possibilidade de irregularidades na transferência de bens, direitos ou obrigações da operadora. Esse também pode propor que a OPS lhe apresente um Programa de Saneamento para correção dos problemas encontrados durante a direção fiscal, com projeções mensais, ações e metas a serem buscadas, respeitando aquelas do PLAEF e seus prazos.

Uma vez aprovado, o Programa de Saneamento pode ser transformado em PLAEF, e caso não apresentado ou rejeitado pela DIOPE, poderá haver a alienação da carteira da operadora, sua liquidação extrajudicial, cancelamento da autorização de funcionamento e portabilidade de seus beneficiários.

A liquidação Extrajudicial da OPS será decretada pela ANS nas seguintes situações conforme Art. 17 da RN nº 316, de 30 de novembro de 2012:

- I. Indícios de dissolução irregular;
- II. Não alcance dos objetivos de saneamento das anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves;
- III. Ausência de substituição de administradores inabilitados ou afastados por determinação da ANS, sempre que o abandono ou a omissão continuada dos órgãos de deliberação importar em risco para a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários; ou
- IV. Aplicação de sanção administrativa de cancelamento de sua autorização de funcionamento ou do registro provisório, na forma do art. 25, VI da Lei nº 9.656, de 1998; (ANS, 2012e).

Tendo sido decretada a Liquidação Extrajudicial da OPS, essa ficará inapta a prestar serviços a seus beneficiários e esses serão transferidos para outra operadora, sem a necessidade de cumprimento dos períodos de carência. Porém, se a operadora atuar não somente na comercialização de planos de saúde e existirem outras formas de prestação de serviços por ela, a ANS pode fazer com ela interrompa apenas a comercialização de planos de saúde.

O papel da ANS ao acompanhar a situação econômico-financeira de suas operadoras, bem como o fornecimento de auxílio a eventuais situações que comprometam a oferta desses

serviços, traduzidos no Regime de Direção Fiscal, PLAEF e TAOEF, objetivam manter o bem-estar dos indivíduos que demandam esses serviços. Esse fator foi o grande motivador da regulação, em 1998, e vigora até hoje.

2.5 Estratégias Competitivas

No que tange as estratégias competitivas que nos ajudarão a validar a hipótese empregada de pesquisa - a operadora Unimed Araxá possui estratégias competitivas que lhe permitem bons indicadores -, usamos duas correntes teóricas, a de Michael Porter e a Visão Baseada em Recursos (VBR). Ao nos atentarmos para a estratégia empresarial passamos a levar em conta o ambiente em que em que a empresa se insere e também aspectos relacionados a sua tomada de decisão. A noção de estratégia competitiva elaborada por Porter enfoca no ambiente externo da empresa. Já a VBR considera as técnicas de aprendizado (conhecimento tácito) que conferem à empresa uma posição estratégica.

2.5.1 Michael Porter

Na visão elaborada por Porter, observa-se que a estratégia é sempre tomada frente a decisão dos concorrentes ou da configuração do mercado em que a empresa está inserida. Logo, a estratégia de concorrência deveria ser buscada por meio da liderança em custos, diferenciação de produtos ou enfoque em determinada parcela de mercado (RABELO, 2002).

A elaboração da estratégia deve considerar como a empresa irá agir e competir e de quais são as metas a serem buscadas. Também deve englobar, no momento de sua elaboração, os pontos fortes e fracos da empresa, os ideais e os valores da organização, as ameaças e as oportunidades do ambiente externo, as expectativas que incluem tanto os interesses sociais quanto as políticas governamentais (RABELO, 2002).

Porém, no ambiente concorrencial existem cinco forças competitivas, que podem interferir na lucratividade e na posição concorrencial da empresa: 1) os concorrentes já instalados; 2) força dos fornecedores; 3) força dos compradores; 4) produtos substitutos; 5) movimentações das empresas que podem ingressar no setor (RABELO, 2002). Desse modo,

seria a relação entre essas forças que determinaria a lucratividade das empresas que estão em determinado mercado e a tomada de decisão da firma.

Dentre as forças básicas que determinam a estratégia tem-se:

- 1) A ameaça de entrada: promove uma realocação das firmas que atuam no mercado e pode até reduzir a lucratividade do setor. Para se protegerem as firmas devem promover barreiras à entrada, que seriam alcançadas por meio de economias de escala, diferenciação de produtos, elevados níveis de capital investidos no processo produtivo, etc.
- 2) Fornecedores e compradores poderosos: o elevado grau de barganha que esses dois entes possuem para com a empresa impactam na lucratividade dessa.
- 3) Produtos substitutos: a existência de produtos substitutos aqueles ofertados pela empresa acaba impactando na sua lucratividade na medida em que os consumidores são sensíveis a variações de preços e tem preferências individuais.
- 4) Os concorrentes na indústria: o número de concorrentes no setor e o tamanho deles é considerado variável chave para a determinação do lucro da empresa.

Logo, na visão de Porter, a empresa que busca uma posição estratégica deve procurar uma posição sustentável a longo prazo que resista a ação daqueles que já atuam no setor, como também de novos entrantes. A solução encontrada pelo autor para conseguir alocar a situação de concorrência da empresa como de longo prazo seria a adoção de estratégias competitivas genéricas. A primeira delas, liderança de custo total, permitiria a empresa ser a produtora de determinado produto ao custo mais baixo do mercado. A segunda, estratégia de diferenciação, consistiria na busca de um produto com características específicas aos olhos dos clientes, o que poderia ser viabilizado pelo uso da marca, tecnologia, rede de fornecedores. E a terceira, estratégia de enfoque, que consiste em focar em determinado segmento de mercado (RABELO, 2002).

Contudo, existem riscos ligados à adoção das estratégias genéricas. A empresa pode falhar quando da decisão de empregá-la; os meios definidos para o alcance da estratégia não foram os melhores, ou, no longo prazo, a configuração do mercado em que a empresa se situa se modifica levando a redução do valor da estratégia empregada. E os riscos por estratégia, mesmo antes da estratégia entrar em vigor a situação do mercado em que a empresa se insere

se modifica, por exemplo, entraram novos produtos que tornam obsoletas as estratégias de produção empregadas pela firma (RABELO,2002).

Diante disso, Porter, 1999 apud Rabelo, 2002:

O lema da estratégia competitiva é ser diferente. Significa escolher de forma deliberada um conjunto de atividades para proporcionar um mix único de valores. (...) a essência da estratégia está nas atividades – a opção de desempenhar atividades diferentes em comparação com os rivais. (PORTER, 1999 p. 53 apud RABELO, 2002, p. 67).

No trabalho escrito em 1999, Porter definiu as estratégias específicas, que consideram as estratégias competitivas de seu trabalho em 1986, porém são mais abrangentes. As estratégias específicas são baseadas: primeiro, no posicionamento da empresa mensurado pela variedade de produtos e serviços ofertados por ela; segundo, o posicionamento baseado na capacidade dessa em servir a maior parte das necessidades de um grupo de clientes; terceiro, posicionamento baseado no acesso, que pode ter relação geográfica (RABELO, 2002).

Todavia, ao adotar as estratégias específicas, as empresas enfrentam *trade-offs* e seria essa a variável considerada chave para o posicionamento de longo prazo das empresas. Porter, 1999:

As opções excludentes implícitas no posicionamento permeiam a competição e são essenciais na estratégia. Elas criam a necessidade de decidir entre as alternativas e de restringir deliberadamente, as ofertas da empresa. Afastam a vacilação e o reposicionamento; pois os concorrentes que se envolveram nessa abordagem solaparão suas estratégias e degradarão o valor das atuais atividades. (PORTER, 1999 p. 66 apud RABELO, 2002, p. 70).

Observamos que as estratégias empresariais definidas por Porter consideram como variável chave para a ação da empresa o posicionamento dessa frente ao mercado. Mesmo as estratégias específicas, definidas em seu trabalho mais recente, ainda consideram o mercado como determinante. No entanto, a presença de *trade-offs* na tomada de decisão da empresa, faz com que o posicionamento dela a longo prazo seja mais duradoura, na medida em que a opção por determinada estratégia exclui a opção pela outra.

2.5.2 Visão Baseada em Recursos

A VBR se posiciona contrária a visão tradicional de estratégia competitiva, que dá ênfase ao ambiente externo à firma, e passa a considerar os fatores internos e os recursos da

firma como decisivos na posição de estratégia. Penrose, com seu trabalho *The Theory of the Growth of the firm* (1959) é a pioneira dessa visão. Kretzer; Menezes (2006):

Tal abordagem considera as competências, as capacidades (*capabilities*) e as habilidades como sendo a base de conhecimento produtivo e organizacional e, por sua vez, a fonte mais importante de vantagem competitiva, da heterogeneidade e do retorno (lucratividade) das firmas a longo prazo ou de vida longa. O objetivo principal da visão baseada em recursos é explicar a criação, a manutenção e a renovação da vantagem competitiva no que se refere aos recursos do lado da firma (recursos internos). Sua contribuição básica é uma análise minuciosa das condições sob as quais os recursos gerem retornos, ou seja, heterogeneidade, imobilidade e dificuldade de imitação dos ativos estratégicos de retornos para firma. (KRETZER; MENEZES, 2006, p. 66).

Sendo assim, o diferencial das empresas nas estratégias adotadas que irão refletir no seu desempenho a longo prazo seriam seus próprios recursos internos. A VBR segundo FOSS, 1997 apud Kretzer; Menezes, 2006 p. 68 tem duas suposições básicas:

- 1) As diferenças na dotação de recursos das firmas causam diferentes desempenhos;
- 2) As firmas buscam aumentar, e não necessariamente maximizar, o desempenho econômico delas.

Dentre os recursos que são considerados essenciais e capazes de gerar diferencial de desempenho perante as empresas de uma mesma indústria ou mercado, podemos citar: técnicas de aprendizado da rotina diária, que tornam a execução do trabalho mais rápida e fácil; desenvolvimento de tecnologias internas não transferíveis aos rivais, que posicionam a empresa em situação de vantagem; técnicas de gerenciamento, combinadas com as técnicas operacionais (tecnológicas e funcionais) que são capazes de conduzir os negócios da firma de forma dinâmica (KRETZER; MENEZES, 2006). Todas essas vantagens traduzem-se em conhecimento tácito.

No entanto, ao considerar-se o diferencial de desempenho, deve-se considerar desde o processo produtivo, quantidade de material empregado no processo produtivo versus quantidade de produto gerado, a situação da empresa no mercado de fatores, aceitação do produto dessa pelos consumidores, etc. Como também, o seu comportamento, as capacidades internas dessa (organização das atividades), atentando-se para eventuais dificuldades que podem vir a surgir nos casos de mudanças repentinas (atividade cotidiana, mudança na área de negócio) (KRETZER; MENEZES, 2006).

Na visão penrosiana a firma desenvolve suas capacidades a fim de obter lucro e não pela maximização do lucro (economia neoclássica). Como exposto no trecho:

No longo prazo, a lucratividade, a sobrevivência e o crescimento de uma firma não dependem tanto da eficiência com que ela é capaz de organizar a produção de uma gama qualquer de produtos amplamente diversificada quando da habilidade da firma em estabelecer uma ou mais “bases” amplas e relativamente fecundáveis, desde que ela possa adaptar e ampliar suas operações em um mundo de incerteza, de mudança e competitivo. (PENROSE, 1959 p. 137 apud KRETZER; MENEZES, 2006 p. 70).

A capacidade de adaptação da firma em diferentes mercados é, portanto, um fator determinante para refletir suas competências desenvolvidas ao longo do tempo. Se essa tiver desenvolvido suas competências em todos os níveis ela realmente detém uma posição superior aos seus concorrentes. E ao contrário da visão de Porter, onde o ambiente externo influi na tomada de decisão da empresa e a permite desenvolver novas estratégias, na visão penrosiana temos o ambiente interno determinando a posição e ação da empresa no ambiente externo.

Feita a apresentação da estrutura das contas que compõe o Plano de Contas Padrão, as normas que devem ser seguidas pelos auditores internos e externos para o seu cumprimento, os procedimentos realizados pela ANS no caso do descumprimento das regras para o envio desse, e as estratégias competitivas que fundamentam nossa análise, no próximo capítulo abordamos o Sistema Unimed, que engloba nosso objeto de estudo.

3 COOPERATIVISMO NA SAÚDE: SISTEMA UNIMED

O Sistema Unimed ou Cooperativas de Trabalho Médico tem uma política diferente das sociedades capitalistas. Para podermos analisar o desempenho econômico-financeiro dessas entidades após a instauração do Plano de Contas Padrão da ANS e de suas alterações posteriores, é imprescindível que se compreenda as bases ou princípios que vigoram nessa forma de associação. O presente capítulo se divide em duas seções, a primeira, aborda o histórico das sociedades cooperativas, princípios e o cooperativismo no Brasil. A segunda seção trata sobre o Sistema Unimed.

3.1 Sociedades Cooperativas e Cooperativas no Brasil

As cooperativas são instituições que se contrapõem a atividade capitalista e são formadas por um grupo de pessoas que visam um interesse comum. A primeira cooperativa do mundo surgiu na Inglaterra, em Rochdalle - Manchester -, durante a Revolução Industrial, formada por um grupo de tecelões que buscavam uma alternativa frente aos baixos salários e ao desemprego em massa.

De acordo com a Aliança Cooperativa Internacional (ACI), a cooperativa dos tecelões de Probo (Rochdalle) formou os princípios morais e de conduta dessas sociedades que vigoram até hoje. Quando da sua formação, foi motivo de deboche, mas, os operários que a idealizaram enxergaram a sua união como um modo de contornar os efeitos do capitalismo sobre a conduta econômica dos trabalhadores e assalariados através da compra e venda de bens comuns, que comprados em grandes quantidades permitiriam a estocagem e o consumo a preços mais acessíveis. O sucesso dessa iniciativa permitiu que já no primeiro ano o capital social inicial investido (1 libra) se elevasse em mais de 180 libras, atingindo dez anos depois mais de 1.400 cooperados (ACI, 2017).

O maior feito da cooperativa de Rochdalle foi a redação de um estatuto que estabelecia os objetivos mais amplos para o empreendimento e definia normas igualitárias e democráticas para a constituição, manutenção e expansão de uma cooperativa de trabalhadores. Esses princípios foram debatidos em dois congressos internacionais promovidos pela ACI, em 1937 e 1966, sendo adotados como princípios cooperativistas. No ano de 1995, centenário da ACI, foi realizada uma Conferência, em Manchester (mesmo local onde se iniciou essa forma de

associação), e notou-se a grande expansão das cooperativas para os mais variados segmentos, sendo aprovados novos princípios básicos que se mantiveram fiéis aos valores democráticos e igualitários defendidos pelos pioneiros de Rochdalle (ACI, 2017).

São oito os princípios do cooperativismo definidos pelos pioneiros de Rochdalle: 1) Gestão democrática, “cada homem, um voto”; 2) Adesão livre, a sociedade seria aberta a todos que quisessem participar, desde que integrasse uma quota de capital mínima e igual para todos; 3) Limitação dos juros sobre o Capital, qualquer dinheiro a mais investido na cooperativa seria remunerado por uma taxa de juros, mas não daria ao seu possuidor qualquer direito adicional de decisão; 4) Retorno proporcional das sobras, distribuição entre os sócios de acordo com as compras que esses fizessem da cooperativa; 5) Vendas realizadas a dinheiro; 6) Disponibilização de produtos puros e de boa qualidade; 7) Promoção da educação dos sócios sob as bases do cooperativismo; 8) Neutralidade política e religiosa da cooperativa (MENEGÁRIO, 2000; MIRANDA et al., 2005).

No encontro de celebração do centenário da ACI, Conferência de Manchester (1995), foram revisados os princípios anteriores e votados e definidos os sete princípios cooperativistas que vigoram hoje. Definimos esses princípios de acordo com a definição de Miranda et al. (2005).

O primeiro princípio, de Adesão Livre e Voluntária, permite adesão às organizações cooperativas a todos que estejam aptos a utilizar desses serviços e a assumir responsabilidades como cooperados, excluindo qualquer tipo de discriminação, seja ela social, racial, política, religiosa ou de sexo.

O segundo princípio, Gestão Democrática, figura-se na essência operacional desse sistema dado que seus associados participam ativamente na formulação de suas políticas e na tomada de decisões, pois, para essas sociedades é definido o princípio “cada homem, um voto”.

A Participação Econômica dos Cooperados, terceiro princípio, é alcançada quando os cooperados contribuem igualmente para o capital de suas cooperativas e o controlam de forma democrática. Parte deste capital é propriedade comum (capital social), a outra parte, o capital subscrito, é destinada aos cooperados. Os excedentes (sobras, lucros/ superávits) são destinados a objetivos como: desenvolvimento dessas cooperativas, viabilizado pela constituição de reservas, e, benefícios aos cooperados, respeitando a proporção de transações que cada cooperado manteve com a cooperativa durante o exercício social.

O quarto princípio, de Autonomia e Independência, sugere que as cooperativas são organizações autônomas e ao realizarem acordos com outras associações devem fazê-lo protegendo o controle democrático de seus associados.

O quinto princípio, Educação, Formação e Informação, deve ser alcançado para o desenvolvimento das cooperativas. Para tanto, há a necessidade da promoção de cursos, palestras e oficinas que promovam a educação e a formação dos cooperados.

A Intercooperação, sexto princípio, promove a coalizão de membros de cooperativas com outras, a fim de estimular a troca de experiências entre os gestores. Acredita-se que a interação com outras entidades viabilize o desenvolvimento e o crescimento da atividade.

O Interesse pela Comunidade constitui-se no sétimo princípio. Para alcançá-lo, os cooperados devem promover o desenvolvimento sustentado de suas comunidades, procurando conhecer o todo que sua cooperativa integra e desenvolver ações que promovam o bem-estar comum.

Apresentados os princípios cooperativistas e o histórico da constituição dessas sociedades, pode-se dizer que a principal característica que as diferem das sociedades empresariais capitalistas compreende a busca do benefício mútuo de todos os cooperados e da sociedade como um todo. As cooperativas não objetivam o lucro, mas partilham as sobras financeiras do seu exercício igualmente entre seus cooperados.

[...] o cooperativismo é um sistema de cooperação econômica, que pode envolver várias formas de produção e trabalho. Para tanto, o cooperativismo visa o aprimoramento do ser humano em todas as suas dimensões: social, econômica e cultural, preocupa-se com o seu entorno e busca contribuir para uma sociedade mais equitativa, democrática e sustentável. (VEIGA, 2001 apud VIERA, 2005; SOUZA, 2007 apud SANTOS et al. 2011, p. 67).

De acordo com a Organização Brasileira de Cooperativas (OCB) a atividade desse setor gera mais de 250 milhões de empregos anualmente e está presente em mais de 100 países. No Brasil, a atividade cooperativista compreende 13 ramos: agropecuário, consumo, crédito, educação, especial - pessoas com algum tipo de deficiência -, infraestrutura, habitacional, produção, mineral, trabalho, saúde, turismo, lazer e transporte (OCB, 2017a; 2017b).

A lei que rege as sociedades cooperativas no Brasil é a Lei nº 5.764, instituída em dezembro de 1971. Essa considera os sete princípios definidos pelos operários de Rochdalle e pela Conferência da ACI, de 1995. Nos termos da lei, todas as cooperativas devem ter um

estatuto com informações sobre a finalidade da instituição, sede, número de cooperados, os direitos e deveres desses, bem como informações que permitem a admissão ou exclusão de indivíduos (BRASIL, 1971).

O órgão supremo desse tipo de sociedade é representado pelas Assembleias Gerais, conforme o Artigo 38:

A Assembléia Geral dos associados é o órgão supremo da sociedade, dentro dos limites legais e estatutários, tendo poderes para decidir os negócios relativos ao objeto da sociedade e tomar as resoluções convenientes ao desenvolvimento e defesa desta, e suas deliberações vinculam a todos, ainda que ausentes ou discordantes. (BRASIL, 1971).

As Assembleias dividem-se em Ordinárias e Extraordinárias, as primeiras ocorrem uma vez ao ano, em no máximo 90 dias após o término do exercício social. Nessa deve ser apresentada a prestação de contas aos cooperados, acompanhadas pelo parecer do Conselho Fiscal dessas instituições - balanço patrimonial, relatório de gestão. Quando necessário são realizadas eleições para representantes em órgãos de administração da cooperativa. Já as Assembleias Extraordinárias são convocadas, por meio de um edital, sempre que necessária a discussão de assuntos de interesse mútuo da sociedade (BRASIL, 1971).

As cooperativas são administradas por uma Diretoria ou Conselho de Administração composto por representantes eleitos em Assembleias Gerais Ordinárias, os quais tem mandato de quatro anos (BRASIL, 1971).

A legislação permite que essas entidades sofram tributação diferente das sociedades mercantis. As atividades da cooperativa são divididas em atos cooperativos e não cooperativos. Todos os atos cooperativos são excluídos de tributação fiscal, enquanto que os não cooperativos são tributados normalmente (ISS, ICMS, IPTU, IR). O Artigo 79 da Lei nº 5.764/71 define: “Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais”.

Para Menegário (2000):

A sustentação das cooperativas origina-se do seu quadro social, sob a forma de retenções e contribuições sociais, cujos excedentes são sobras ao invés de lucros. Tal “sustentação interna”, é que permite às cooperativas seu enquadramento como entidades sem fins lucrativos, por direito, uma vez que essas sobras não constituem fator gerador de impostos. [...] a não incidência de que gozam as cooperativas diz respeito unicamente aos atos de resultados de atos cooperativos, sendo elas contribuintes dos demais tributos que incidem sobre os empreendimentos lucrativos. (MENEGÁRIO, 2000, p. 27-28).

Portanto, para a legislação, os atos cooperativos resultantes do exercício social não se constituem em lucro pois não beneficiam apenas uma única pessoa ou a própria entidade. Ao se sustentarem sobre princípios que visam ao bem-estar comum, englobando tanto aqueles que se relacionam diretamente com a atividade fim da cooperativa, como terceiros, que estabelecem uma relação indireta com essa entidade, as sociedades cooperativas conseguem redistribuir os lucros e/ou sobras, justificando a não incidência de tributação sobre as mesmas.

Apresentado o histórico do cooperativismo no mundo, definidos os princípios e a lei que rege essas sociedades no Brasil, na próxima seção abordamos o cooperativismo na Saúde: Sistema Unimed, considerada marca referência do ramo.

3.2 Cooperativismo na Saúde: Sistema Unimed

O Sistema Unimed ou Cooperativas de Trabalho Médico surgiram em contraposição às medicinas em grupo e representam à busca pela preservação do trabalho liberal da classe médica frente à organização do modo de produção capitalista e do assalariamento da força de trabalho. A primeira delas surgiu na cidade de Santos, no estado de São Paulo, em 1967, motivada pela ação do médico Edmundo Castilho e amigos. Já em 1970, foram criadas a Unimed Piracicaba e de Campinas, e em 1971 foram criadas mais 35 cooperativas (PAGNONCELLI, 2010).

As Unimeds foram problematizadas no âmbito do processo de profissionalização da medicina no Brasil como uma organização corporativa que busca manter e ampliar o controle sobre o trabalho. Dessa forma, elas se assemelham muito as organizações profissionais que visam constituir e defender os monopólios de competência da profissão médica (DUARTE, 2003). A classe médica que rege esse sistema não quis se submeter às relações de trabalho do modo de produção capitalista e conseguiu se reorganizar com o assalariamento em massa da sociedade brasileira.

Conforme Duarte (2003):

[...] nenhuma outra profissão exercita o poder de “recriar” a realidade na escala em que faz a medicina, pois nenhuma outra se iguala a ela no grau de autonomia e auto-regulação. A medicina sintetiza os elementos fundamentais de um projeto de profissão bem-sucedida em todo o mundo contemporâneo: a aliança historicamente consolidada com a elite – compradores privilegiados de seus serviços – e o Estado –

que concede e garante, através de sistemas legais, a exclusividade de exercício, ou seja, o monopólio. (DUARTE, 2003, p.24).

A expressividade da classe médica no Brasil é enfatizada por Machado, 1996 apud Duarte, 2003, p. 52, que afirma que essa profissão se iniciou no século XX sem concorrentes, conseguindo se tornar ao longo dos anos, uma profissão altamente bem-sucedida e proporcionadora de prestígio social. Esse sucesso é decorrente de quatro fatores: 1) Importância da saúde para o ser humano; 2) Limitação da expansão dos serviços de saúde a todos os cidadãos; 3) Pela tendência do Estado em dar suporte e oferecer vantagens monopolistas a uma atividade profissional fundamental para o bem-estar da população; 4) Pela falta de organização da clientela (DUARTE, 2003).

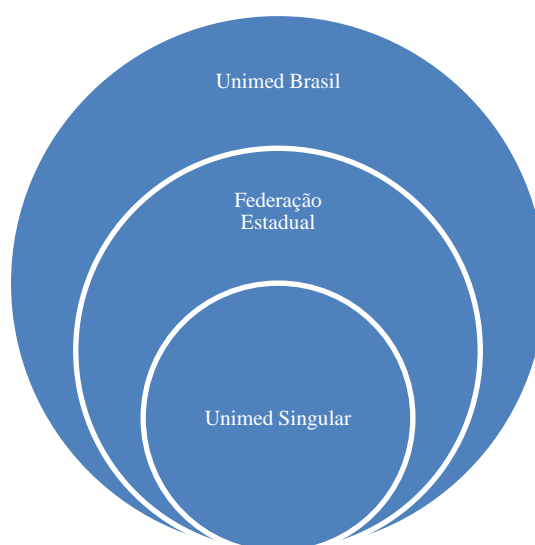
O trecho demonstra a concordância do Estado Brasileiro em permitir a ação da iniciativa privada na provisão de serviços considerados bens comuns à sociedade brasileira. No capítulo um apresentamos a não definição de limites à ação da iniciativa privada quando da formulação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, em especial no setor de saúde. O surgimento das Cooperativas de Trabalho Médico no Brasil tem correlação com esse fato. Primeiramente, citamos a capacidade da classe médica em se auto-organizar na prestação de serviços a determinado grupo de indivíduos sem nenhum poder de barganha - indivíduos que necessitem de atenção imediata à saúde irão demandar o serviço a qualquer custo, independente de esse ser ofertado pela iniciativa pública ou privada, segundo, a não citação dos limites da iniciativa privada, que até 1998 não era regulada, conseguiu formar o empresariamento da profissão médica no país.

O Sistema Unimed figura-se em um grupo de médicos que se unem para prestar serviços de saúde em determinada localidade. A opção de ser sociedade cooperativa é devido às vantagens perante a legislação brasileira, principalmente aquela referente a não tributação das sobras do exercício. Compõe-se de quota-partes, da mesma maneira definida nos princípios cooperativistas, e a distribuição das sobras é definida na proporção de atividades que cada cooperado mantém com a cooperativa durante o exercício social.

As cooperativas que fazem parte do Sistema têm um acordo operacional para utilização da rede de prestadores em todo o país, mas este não implica transferência da carteira de uma para outra. Essas empresas compartilham os valores do cooperativismo e trabalho para valorização dos médicos, no entanto, cada uma delas exerce gestão administrativa autônoma e independente.

A composição do Sistema se divide em três esferas: a primeira delas forma as UnimedS Singulares que atuam sobre um município ou grupo de municípios; a segunda, as Federações UnimedS (Federações Estaduais), são constituídas por no mínimo três singulares, e visam à padronização na prestação de serviços e a troca de experiências entre UnimedS de um mesmo estado; e a terceira, a Unimed do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas-, que considerada a entidade máxima do sistema e congrega todas as demais (UNIMED, 2017). A Figura 1 a seguir mostra a divisão das UnimedS de acordo com seu grau.

Figura 1 - Composição do Sistema Unimed



Fonte: “Adaptado” de Duarte, 2003, p.117.

A relação entre as UnimedS de primeiro e segundo grau não se dá unicamente pela troca de experiências entre essas - de problemas rotineiros da administração dessas entidades. Por essa rede de associação entre as operadoras do sistema consegue-se expandir a cobertura, através da prestação de serviços denominado como “intercâmbio”. Nesse tipo de serviço, uma Unimed Singular que não tenha em sua localidade de ação recursos para o tratamento de determinada endemia de um paciente, pode vir a solicitar esse tipo de tratamento do qual ela não dispõe a outra Unimed que o tenha, beneficiando ambas as partes, cliente e operadora. Além do que, para contratos que não sejam municipais ou para determinado grupo de municípios, o próprio beneficiário pode vir a solicitar o serviço em outro local.

É importante salientar que no âmbito operacional desse sistema duas UnimedS Singulares não podem apresentar coincidência na área de abrangência, e, apenas às

Federações é permitida coincidência parcial. As UnimedS enquadradas como Federação, dependendo de sua área de abrangência podem ser Intrafederativas – estaduais ou regionais – e Interfederativas, sem alterar o seu grau de autonomia dentro do sistema (1º, 2º ou 3º).

Dentre aquelas que são denominadas como Intrafederativas, que ocorrerem dentro de uma federação, podemos citar a Intrafederativa do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Federação Sul de Minas e Norte de Minas. Essas podem firmar contratos entre si para que melhorem a eficiência do sistema via negociação da cobertura dos contratos. Aquelas que se autodenominam como Interfederativas não ocorrem em um mesmo estado da Federação, citamos como exemplo a Unimed Mercosul, que atende beneficiários de três estados, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul (DUARTE, 2003; PAGNONCELLI, 2010).

O Sistema Unimed tem uma forma organizacional que não se restringe unicamente à comercialização de planos de saúde, mas se embasa sob um sistema Multicooperativo, onde se têm: 1) As Cooperativas de Trabalho Médico – UnimedS; 2) O Sistema Unicred – Cooperativas de Economia e Crédito Mútuo; 3) As cooperativas Usimed – Cooperativas de consumo para usuários do Sistema Unimed (DUARTE, 2003).

As UnimedS são demonstradas através da comercialização de planos de assistência à saúde. As Unicreds formam as cooperativas financeiras que beneficiam apenas profissionais da saúde que são credenciados ao sistema, permitindo-lhes opções de financiamento a juros menores que aqueles praticados por outras instituições, além disso, essas são capazes de ofertar linhas especiais de financiamento. Através dessas entidades a expansão dos serviços ofertados pela classe é beneficiada.

Já as UsimedS são representadas pelas Farmácias do Sistema que visam à comercialização de medicamentos e de outros produtos como: perfumaria, cosmética e higiene pessoal; aos beneficiários do sistema a um custo mais acessível. Porém, a expansão das redes de drogarias observada no Brasil nos anos 2000 prejudicou as atividades dessas, provocando o encerramento das atividades em algumas localidades, principalmente nos grandes centros, no entanto, em localidades menores, ainda se encontram algumas.

A Estrutura Diretiva das Cooperativas varia de acordo com o porte - pequeno, médio e grande, definidos no capítulo 1. No entanto, de acordo com Duarte, 2003, em todas elas verifica-se a presença de instâncias decisórias máximas assim denominadas:

1. Assembleia Geral: órgão máximo, dirigida pelo presidente da cooperativa, eleito por eleição;

2. Conselho Fiscal: responsável pela apresentação de relatórios fiscais de gestão da cooperativa, esse responde diretamente ao presidente da Assembleia Geral;
3. Conselho Administrativo: estabelece a Política Administrativa em concordância com aquela definida em Assembleia Geral e considerando o estatuto da instituição;
4. Diretoria Executiva: formada por membros do Conselho que tem funções pré-definidas;
5. Comissão Técnica e ou Ética e outras comissões: analisa as contas médicas para verificar a conduta dos cooperados em relação aos estatutos e regulamentos da cooperativa.

Todos os conselhos são representados por cooperados eleitos em Assembleia Geral, porém, os mesmos não têm o poder de decidir os rumos da cooperativa sozinhos. As decisões devem ser tomadas por todos os cooperados em reunião conjunta, durante Assembleia Geral Ordinária, com periodicidade anual, ou, Assembleia Geral Extraordinária, convocada sempre que houver necessidade de se discutir determinado assunto entre os cooperados. Cada Conselho deve ter no mínimo três representantes.

No que tange a distribuição das sobras pertencentes aos cooperados ao final do exercício social, a produção de cada cooperado é determinada em termos das Unidades de Trabalho Médico (UTs), onde a sobra destinada a cada cooperado irá ser o resultado obtido pela multiplicação do número de Uts e o valor estipulado para essas. Para definição da quantidade de Uts de cada procedimento médico são consideradas a quantidade de CHs definidas na tabela AMB desconsiderando seu o valor monetário (DUARTE, 2003).

Segundo Duarte, 2003, p. 139, para definição da UT emprega-se a seguinte fórmula:

$$UT = \text{Receita Líquida (+/-) Margem de Segurança} / \text{Produção total (CHs)}$$

A margem de segurança corresponde a um valor subtraído da receita líquida da cooperativa em meses de maior produção, ou adicionado, em meses de produção menor, buscando sempre a estabilidade do valor da UT. Isso quer dizer que o médico ou cooperado recebe com base em uma UT que se mantém estável durante todo o ano, mas ao final do exercício social, a distribuição dos resultados alcançados será dividida entre todos, independentemente da presença de lucro ou prejuízo (DUARTE, 2003).

O grau de cobertura que o segmento de cooperativas representa hoje no mercado de saúde suplementar brasileiro, demonstrado no gráfico 1, é fruto de políticas internas do sistema e do grau de interação entre as Unimed, que o fizeram ser marca referência no mundo todo. Conforme o *International Cooperative Health Organisation*, as cooperativas do setor de saúde, educação e de assistência social, representavam em 2015, 5% do total de cooperativas do mundo. A Confederação Nacional das Unimed ou Unimed Brasil é considerada líder no *ranking* deste segmento, se situando à frente de organizações localizadas em países de primeiro mundo como, Estados Unidos, Japão e Itália.

Para definição do *ranking* foi considerado o volume de negócios mantido pela cooperativa ao longo do ano, em milhões de dólares. A classificação definida encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - As 10 maiores cooperativas do setor saúde, educação e bem estar social por volume de negócios em 2015

| 2015 | Organização | País | Volume de negócios (bilhões US \$) |
|------|--|----------------|------------------------------------|
| 1 | Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed do Brasil | Brasil | 15,2 |
| 2 | HealthPartners Inc. | Estados Unidos | 5,74 |
| 3 | Group of Health Cooperative | Estados Unidos | 3,66 |
| 4 | Fundacion Espiru | Espanha | 1,86 |
| 5 | Intercommunale sante publique du pays Charleroi | Bélgica | 0,43 |
| 6 | Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de MONS-BORINAGE | Bélgica | 0,2 |
| 7 | Intecommunale De Soins Specialises de Liege | Bélgica | 0,19 |
| 8 | KCS Caregiver Cooperativa Sociale | Itália | 0,18 |
| 9 | Medical co- op Saitama Co-operative | Japão | 0,17 |
| 10 | Centre Hospitalier Bois de L'Abbaye | Bélgica | 0,15 |

Fonte: “Adaptado” de COOP (2017) p. 36.

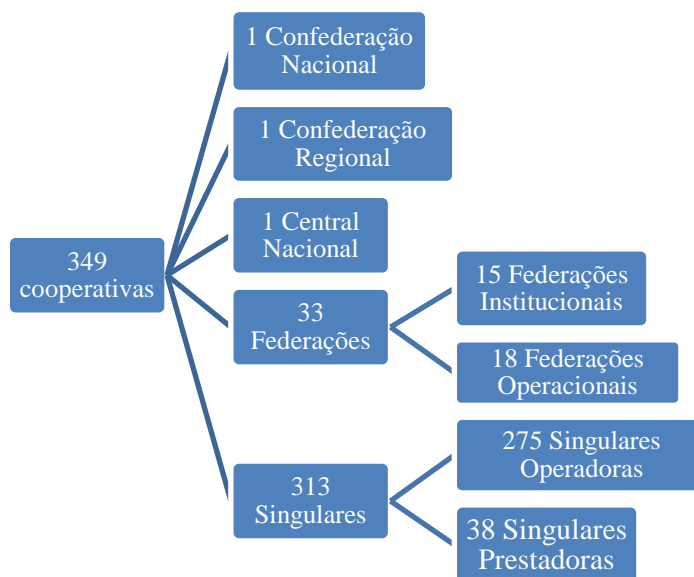
As Unimed aqui representadas pela Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed do Brasil movimentaram 15,2 bilhões de dólares, valor correspondente a 2,6 vezes a movimentação da segunda classificada, *HealthPartners Inc*, situada em território americano, e, mais de 100 vezes, o da décima colocada, localizada na Bélgica.

O relatório que analisa as 300 maiores empresas classificadas como cooperativas é construído há cinco anos e afirma que entre os anos 2011 e 2015 as Unimed elevaram o seu volume de negócios em aproximadamente 50,1%, seguidas pela segunda classificada,

HealthPartners Inc., que cresceram 48,8%. Além disso, as Unimed foram classificadas na 34ª posição no ano de 2015 ao se analisar as 300 maiores cooperativas do mundo por volume de negócios (COOP, 2017).

Segundo dados do Relatório de Gestão Unimed do Brasil (2016) o sistema hoje está assim distribuído:

Figura 2 - Composição do Sistema Unimed dezembro de 2016



Fonte: Relatório de Gestão Unimed do Brasil, 2016, p. 9.

Do total de cooperativas que pertencem ao sistema (349) temos: 1 Confederação Nacional, representada pela Unimed do Brasil; 1 Confederação Regional, representada pela Unimed Mercosul; 1 Central Nacional; e 33 Federações; as quais além de representarem as Federações Estaduais congregam instituições intrafederativas, sempre em busca de melhorias para sua região de atuação. As Federações Operacionais são aquelas que prestam serviços aos beneficiários através da comercialização de planos de saúde, oferta de capacidade de diagnóstico, com ou sem rede própria, enquanto que, as Federações Institucionais, exercem atividades que promovem tanto a melhoria do bem-estar dos beneficiários do sistema, como também determinam regras para as operadoras. As 313 singulares são representadas por Unimed que atuam em um único município ou em grupo desses (UNIMED, 2016a).

No que tange a distribuição regional do Sistema, em dezembro de 2016, estava assim distribuída: 3,4% localizada na região Norte, 15,5% na região Nordeste, 50,1% na região

Sudeste, 20,6% na região Sul, e 10,3% na região Centro-Oeste. A maior representação das cooperativas na saúde suplementar brasileira é na região Sudeste, pioneira na prestação deste tipo de serviço (UNIMED, 2016a).

Ao apresentarmos a constituição do setor privado de atenção à saúde no Brasil, no capítulo 1, dissemos que há uma relação entre o acesso a esse serviço e a forma de assalariamento do indivíduo. A maioria dos contratos particulares de prestação de serviços à saúde é do tipo coletivo. No caso das Cooperativas de Trabalho Médico, a distribuição da forma de contrato corrobora com o histórico do setor. A tabela 3 apresenta essas informações.

Tabela 3 - Número de beneficiários por modalidade contratual e região geográfica em 2016

| Tipo de contrato / Região | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|------------------------------------|--------------|-----------------|----------------|------------|---------------------|
| Coletivo | 403.988 | 963.142 | 8.247.658 | 3.098.716 | 812.192 |
| Individual | 279.019 | 880.706 | 2.191.642 | 954.843 | 371.328 |
| Quantidade de Beneficiários | 683.007 | 1.843.848 | 10.439.300 | 4.053.559 | 1.183.520 |

Fonte: Unimed (2017b).

Do total de contratos pertencentes ao Sistema Unimed em 2016 (18.203.234), cerca de 74% (13.525.696) eram coletivos, ou seja, contratos firmados por pessoas jurídicas. Enquanto que, os contratos individuais ou familiares, contratados por pessoas físicas, representam apenas 26% do total. A região sudeste, maior detentora de Unimeds em sua região (50,1%), responde por 57% dos beneficiários do sistema e possui 45% do total de contratos coletivos, seguida pela região Sul, detentora de 17% desses. Assim, pode-se afirmar que as duas regiões sozinhas detêm quase 80% do total de beneficiários do sistema.

Ambas as regiões têm fatores que influenciam nesses resultados. Foram beneficiadas durante o processo de industrialização da economia brasileira, principalmente ao longo dos anos 1970, quando ocorre um período expansivo das Unimeds. À época, essas foram as primeiras regiões a demandar esse tipo de serviço de atenção à saúde, e, hoje se observa que isso se mantém.

Uma vez que se tenha apresentado a formação do Sistema Unimed, a sua distribuição ao longo do território nacional e seus princípios, iremos, nos próximos itens, apresentar os tipos de planos ofertados, os diferenciais desse tipo de prestação de serviços à saúde, e os caminhos que vem sendo traçados por esse após a instituição da regulamentação do setor nos últimos anos.

3.2.1 Planos ofertados

Uma das questões centrais da regulamentação do setor, em 1998, refere-se ao tipo de contrato ofertado pelas operadoras. Citamos no capítulo 1 a instituição do Plano Referência, que é de caráter obrigatório a todos os agentes deste mercado.

No âmbito operacional do Sistema Unimed temos os planos não regulamentados e os regulamentados - similares aos de outras operadoras deste mercado -, como também outros dois característicos da marca, o Uniplan e o Novo Uniplan.

O Uniplan permite ao beneficiário atendimento em qualquer localidade do país (desde que essa tenha convênio com a rede de prestadores da rede Unimed) e possui algumas variantes. O Módulo Básico, de acordo com as normas da regulamentação (Plano Referência); Módulo 1, com acomodação diferenciada - quarto individual ou quarto privativo com banheiro e direito a acompanhante -; Módulo 2, Exames Especiais; Módulo 3; Cirurgias Cardíacas, exames de Alta Complexidade e Litrotripsia (UNIMED, 2014).

O Novo Uniplan é mais abrangente que o Uniplan e possui cinco variantes. Permite a inclusão de alguns exames especiais na categoria Módulo Básico, mantém as categorias Módulo 1, 2 e 3, e inclui o Módulo 4, onde é permitido o atendimento do beneficiário por Hospitais de Categorias Diferenciadas, no caso, considerados hospitais de Alto Custo (UNIMED, 2014).

A forma de contrato entre a operadora e o cliente é análoga às demais do setor - contratos pré-pagamento e contratos de custo operacional. Tendo sido estabelecida a relação entre as partes interessadas, a operadora - Unimed - passa a prestar atendimento ao beneficiário, sendo necessário que o mesmo esteja munido de carteirinha para identificação e documento de identidade.

Atualmente o Sistema Unimed está presente em 84% do território nacional (UNIMED, 2016a). Isso, graças ao serviço de intercâmbio, que passamos a discutir no próximo item.

3.2.2 Diferenciais do Sistema – Serviço de Intercâmbio

O maior diferencial do Sistema Unimed é conseguir, através do serviço de intercâmbio, promover o atendimento de seus beneficiários em várias localidades. A oferta desse serviço respeita o princípio de Intercooperação do cooperativismo, que permite a ampliação da cobertura do sistema ano após ano. Para que esse tipo de serviço realmente funcione e garanta o bem-estar de todos os usuários existem regras que as operadoras devem cumprir.

Pela definição, o intercâmbio:

É o relacionamento entre as Cooperativas Médicas do Sistema Unimed que gera relações operacionais, regulamentado pelo Manual de Intercâmbio Nacional na prestação de serviços médicos e hospitalares aos beneficiários de uma cooperativa por outra. Por meio do Intercâmbio, é possível garantir:

- A troca de sujeitos da obrigação contratual de atendimento dos beneficiários.
- As relações operacionais com disciplina obrigatória, já submetidas a regramentos.
- A prestação do atendimento por Unimeds Singulares.
- O caráter independente da negociação. (UNIMED, 2014, p.30).

Os contratos do tipo estadual, para procedimentos sem diretriz definida e sem a necessidade de autorização prévia, permitem a prestação de serviço ao beneficiário através do cartão magnético e da digital do usuário, que autorizam de imediato à realização do procedimento desejado. Já para os procedimentos que necessitem de autorização, a localidade onde esse será realizado (Unimed Executora) deve solicitar a detentora do contrato à autorização do procedimento (Unimed Origem), que terá sua autorização de imediato para procedimentos considerados simples e de até 10 dias úteis, considerando-se a tabela CBHPM da AMB, para aqueles que possuem diretrizes. A cobrança do usuário irá ocorrer da mesma maneira que os procedimentos realizados dentro do município de atuação da Unimed detentora do contrato (UNIMED, 2014).

Para os contratos com área de abrangência nacional há uma similaridade com os estaduais. Os procedimentos que não necessitam de autorização prévia serão autorizados imediatamente após a apresentação do cartão magnético do usuário e de sua digital em qualquer lugar do país que tenha credenciamento com o Sistema Unimed. Já a negociação da cobrança do usuário será determinada através do contrato firmado entre esse e a operadora. A Unimed da localidade onde foi realizado determinado procedimento é quem comunica e envia a cobrança à Unimed do beneficiário.

Porém, o volume de serviços prestados na modalidade intercâmbio se elevou muito no decorrer do tempo e para manter a eficiência no atendimento desse tipo de serviço a Unimed do Brasil determina algumas regras que beneficiam as operadoras.

A primeira delas refere-se à forma de envio da fatura de uma Unimed para outra. Para tornar o serviço mais ágil foram desenvolvidas ferramentas internas que excluem a cobrança via e-mail ou correios. Aquelas Unimeds que consigam postar os procedimentos realizados na modalidade intercâmbio em prazo máximo de 90 dias da realização do procedimento é permitida a cobrança de uma taxa administrativa de 5% sobre os custos incorridos, por item, no atendimento do beneficiário. Após esses 90 dias, Unimed Executora pode gerar a cobrança da Unimed de Origem, porém, sem os adicionais de 5% da taxa administrativa. Nos casos onde o prazo da cobrança exceda 120 dias é necessário que a Unimed Executora contate a Unimed de Origem solicitando a autorização da cobrança, que deve ser realizada sem a taxa administrativa. Além desses 120 dias, há a possibilidade de geração de cobranças no limite máximo de 180 dias, a depender, de autorização prévia do envio da cobrança pela Unimed de Origem (UNIMED, 2014).

De acordo com o relatório de Gestão da Unimed do Brasil (2016), o adicional dos 5% da taxa administrativa é permitido apenas aquelas Unimeds que são consideradas “eficientes” na geração de cobranças e esse é o valor adicional limite permitido dentro do sistema. Para conseguir fiscalizar os prazos de postagem dos arquivos, a Unimed do Brasil lança todos os anos um calendário com as datas limites de postagem que devem ser seguidas todos os meses (UNIMED, 2016a).

O *ranking* que analisa o desempenho das Unimeds para geração de cobranças foi criado em 2009 e desde então vem promovendo melhorias. A Unimed do Brasil disponibiliza uma equipe que promove assessoria e avalia as operadoras em quatro áreas: Obrigatoriedades Institucionais - disponibilização de leitores de cartão magnético; Performance Eletrônica do Atendimento - prazo médio de autorizações e a forma de comunicação entre a Unimed de Origem e Executora, chat, e-mail; Performance do Processo de Cobrança e Contestação - período entre realização do procedimento e apresentação da cobrança; Gestão da Marca - oferta de cartões magnéticos dentro dos padrões da marca. Essas quatro áreas permitem a avaliação do desempenho das operadoras através de 23 indicadores todos os meses (UNIMED, 2016a).

São seis as classificações compreendidas pelo *ranking*, definidas entre as letras A e F, a letra F, é considerada a categoria mais baixa de eficiência. Entre 2013 e 2016 houve um aumento daquelas classificadas na categoria A, essas que representavam apenas 30 Unimeds (2013) passaram a corresponder a 145 (2016). A elevação da classificação no *ranking* só irá

ocorrer após visita técnica da equipe de intercâmbio da Unimed do Brasil e respeitando o limite de 1% entre as classificações (UNIMED, 2016a).

Ainda tratando sobre o serviço de intercâmbio, as Unimeds ao discordarem de uma cobrança ou considerá-la indevida, podem recorrer através do recurso de glosa. Para esses eventos existe um *software* desenvolvido pela Unimed do Brasil, denominado Ajuste de Intercâmbio entre Unimeds (AJIUS), onde as glosas ou cobranças indevidas de uma Unimed à outra são contestadas. O auxílio à resolução das glosas é feito por auditores - médicos e de enfermagem - que interpretam e justificam a cobrança contestada.

De acordo com dados do Relatório de Gestão, a melhoria nas classificações no *Ranking* de Intercâmbio também beneficiou as contestações, conseguindo reduzi-las. Antes de 2012, a Unimed do Brasil estimava que ao menos 30% do total de cobranças entre Unimeds era glosada, percentual esse que correspondia a aproximadamente R\$300 milhões por mês, ao final de 2016 esse valor se reduziu para R\$60 milhões correspondendo a apenas 4% (UNIMED, 2016a).

O serviço de intercâmbio e suas regras permitem que os beneficiários do sistema sejam atendidos de forma eficaz e imediata em qualquer localidade do país. A forma de envio da cobrança pela Unimed Executora à Unimed de Origem faz com que a operadora cumpra suas obrigações financeiras e operacionais estabelecidas, não beneficiando apenas aquela que presta o serviço, mas, visando sempre o bem-estar do beneficiário. Aquelas Unimeds classificadas como eficazes na geração de cobranças em eventos de intercâmbio, que recebem um adicional de 5% dos custos por item, têm mais uma fonte de geração de receita para seu sistema operacional (UNIMED, 2014).

No caso da OPS Unimed Araxá, que iremos tratar no próximo capítulo, essa é considerada eficaz na resolução e no envio de cobranças de intercâmbio, logo, essa pratica a cobrança dos 5% adicionais, por item, nos serviços prestados a outras Unimeds.

Ainda visando à melhoria na prestação de serviços, a Unimed do Brasil têm buscado cada vez mais estreitar relações com as demais para que possam compartilhar experiências e sanar deficiências do sistema. Um exemplo disso é a possibilidade de uma Unimed (Singular, Federativa) abrir um chamado junto a Unimed do Brasil para esclarecer uma dúvida ou comunicar um problema do sistema. Após a abertura do chamado, a Unimed do Brasil define uma data para que ela e a Unimed que solicitou o esclarecimento estabeleçam conexão por vídeo conferência para prestar esclarecimento aquela unidade. Os chamados abertos ficam

disponibilizados a outras unidades para que essas também possam assistir a resolução desses, dado que muitas dúvidas tornam-se recorrentes (UNIMED, 2014).

3.2.3 Conduta após a regulação da ANS

Com a instauração da ANS, no ano 2000, houve a exclusão de várias operadoras do setor de saúde suplementar. As exigências enfrentadas por aquelas que ainda se encontram ativas crescem todos os anos, e, sabendo disso a Unimed do Brasil tem buscado capacitar suas operadoras a fim de tornar o cumprimento das exigências mais fáceis.

A instauração do Plano de Contas Padrão, em 2000, visou principalmente permitir que ANS mantivesse um controle maior sobre a situação econômico-financeira das operadoras, possibilitando a previsão ou mesmo evitar a quebra das operadoras do sistema. Porém, as Unimeds, por integrarem o segmento de cooperativas e terem uma estrutura societária divergente das sociedades mercantis, se sentiram um pouco inseguras quando da determinação da obrigatoriedade do envio das contas, mesmo que o Plano de Contas Padrão igualasse a forma de contabilização dos diversos segmentos de operadoras presentes no mercado.

No capítulo 1, observamos que o Plano de Contas Padrão permite que as operadoras classificadas como cooperativas, diferenciem no Balanço Patrimonial a subconta conta corrente com cooperados, que representa valores deliberados em assembleias reajustados conforme acordos ou atualizações necessárias. Outra diferença que precisamos citar é que antes dele, as cooperativas representavam seu Resultado Líquido, da DRE, com a denominação Sobras e/ou Perdas.

Para mitigar o impacto sobre a área contábil da operadora, a Unimed do Brasil, em trabalho conjunto com as Federações, lançou cursos e capacitações para seus contadores e colaboradores responsáveis pelo envio dessas informações a fim de garantir a solvência do sistema.

Atualmente as mesmas contas enviadas para a ANS através do DIOPS também devem ser enviadas para a Unimed do Brasil. De acordo com o Relatório de Gestão Unimed do Brasil (2016):

O equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde precisa constar no planejamento estratégico de qualquer instituição do setor. Com os

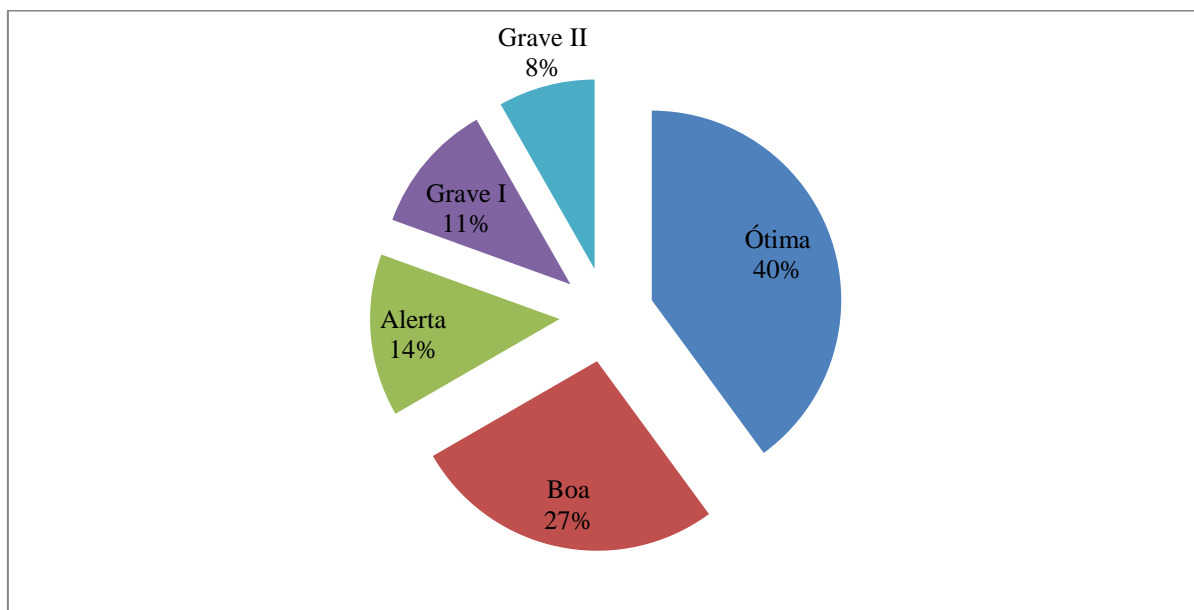
desafios inerentes às atividades cada vez maiores elevam-se também os riscos que, muitas vezes, culminam em interferências do órgão regulador. (UNIMED, 2016a, p. 27).

A recepção das informações do DIOPS pela Unimed do Brasil busca prever possíveis intervenções da ANS nas operadoras do sistema. Aquelas Unimeds que se encontram em situação econômico-financeira ruim são ofertados planos para que se evite possíveis intervenções técnicas e fiscais da ANS. A cada três meses são enviados pela Unimed do Brasil a Unimeds Singulares e Federações, ofícios que garantam a ajuda e apoio técnico (UNIMED, 2016a).

Para avaliar a situação econômico-financeira das Unimeds, a Unimed do Brasil denomina cinco classificações: Ótima, Boa, Alerta, Grave I e Grave II. As que se classificam na categoria Grave II recebem atenção especial. São disponibilizadas visitas técnicas, relatórios financeiros e planos específicos como: Plano de Adequação Econômico-Financeira (PLAEF); Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeira (TAOEF); Programa de Saneamento e o Plano Administrativo (UNIMED, 2016a). Os dois primeiros planos seguem a determinação da RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, definidos no capítulo 1. No entanto, o papel da Unimed do Brasil ao auxiliar as operadoras de seu sistema a sanar deficiências econômico-financeiras identificadas pela DIOPE é desenvolvido através do reconhecimento de problemas e do estabelecimento de metas a serem cumpridas em determinado período de tempo, que as auxiliem em caso de intervenções da ANS.

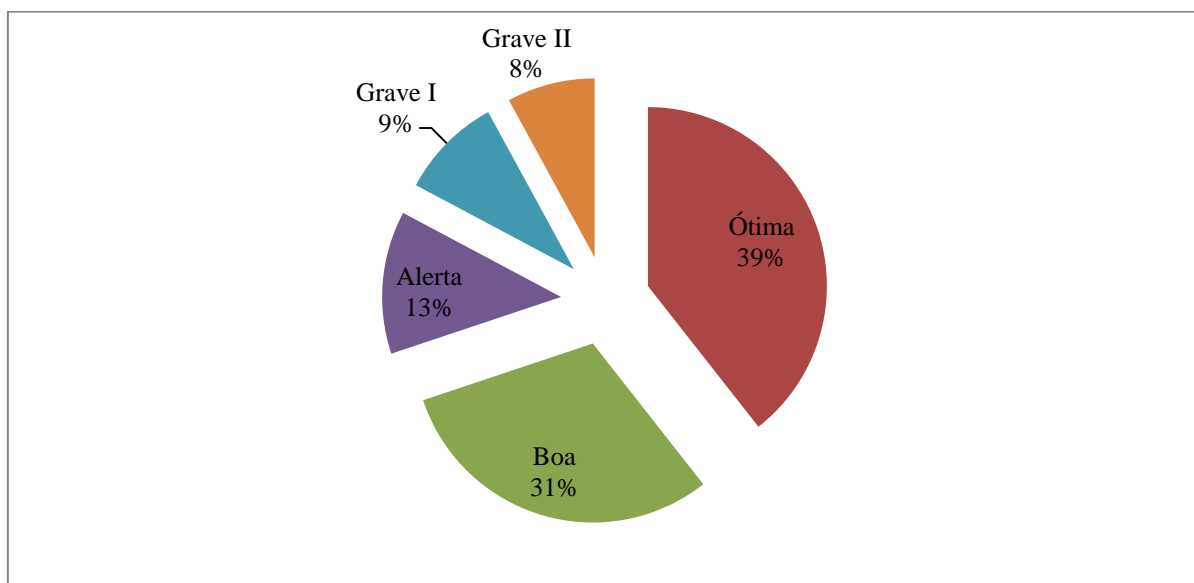
O gráficos 2 e 3 ilustram a situação Econômico-Financeira das Unimeds em 2015, segundo a Unimed do Brasil.

Gráfico 2 - Situação Econômico-financeira das Unimed's no 3º trimestre de 2015, segundo a Unimed do Brasil



Fonte: “Adaptado” de UNIMED, 2016a, p. 27.

Gráfico 3 - Situação Econômico-Financeira das Unimed's no 4º trimestre de 2015, segundo a Unimed do Brasil



Fonte: “Adaptado” de Unimed, 2016b, p. 60.

No 3º trimestre de 2015 o relatório indicou a situação econômico-financeira de 303 Unimed's que se reduziram para 302 no 4º trimestre. Aquelas classificadas como Ótimas reduzem sua participação em 1%. Essas eram 121 operadoras no primeiro período e passam a

representar 119 no segundo, indicando uma piora daquelas inseridas nessa classificação. A segunda categoria, Boa, tem uma melhora nos períodos. Dos 27% que representava no terceiro trimestre (81), irá representar 31% no quarto trimestre (92). Na categoria Alerta nota-se uma redução de 1%, o que representa uma diferença de três operadoras, a menos, inseridas nessa classificação. As categorias Grave I e Grave II têm uma melhora significativa no período analisado. A primeira consegue reduzir sua participação em 2%, mas representa a melhora na situação econômico-financeira de seis Unimed. Já a categoria Grave II, embora tenha mantido sua proporção nos períodos (8%) consegue reduzir sua proporção em número de Unimed, representava vinte e cinco no primeiro período e irá representar vinte e quatro no segundo.

Desse modo, podemos dizer que os Planos e Programas desenvolvidos pela Unimed do Brasil para melhorar a situação econômico-financeira das operadoras do sistema têm sido eficazes, pois, em apenas 3 meses se verifica uma melhora nos indicadores. Embora aquelas classificados na categoria “Ótima” reduzam sua proporção, tanto em percentual como em número de Unimed, a classificação “Boa”, eleva sua participação em 4%, e em número de Unimed representa a inclusão de onze operadoras nessa categoria.

Paralelamente ao acompanhamento realizado pela Unimed do Brasil algumas Federações desenvolvem programas internos para acompanhar e prever futuras intervenções da ANS no sistema. Citamos como exemplo o Sistema de Inteligência de Negócios (SIN) desenvolvido pela Federação Minas (UNIMED FEDERAÇÃO MINAS, 2017).

O SIN trabalha o conceito de inteligência estratégica antecipativa por meio do auxílio às Unimed de Minas Gerais no acompanhamento, organização e aplicação de seus dados econômico-financeiros. O intuito da iniciativa é organizar as informações de modo estratégico para poder identificar oportunidades de expansão (UNIMED FEDERAÇÃO MINAS, 2017).

Neste capítulo apresentamos a história do cooperativismo no Brasil e no mundo conseguindo situar o Sistema Unimed como marca referência nesse tipo de associação. O Sistema com suas particularidades e forma de inserção em um mundo globalizado, que estreita cada vez mais as relações de trabalho entre as classes, conseguiu manter o exercício liberal da profissão médica e mais do que isso, conseguiu e ainda consegue promover a inclusão de outras profissões na sua forma de gestão.

Essas sociedades são regidas pela lei 5.764/71 e carregam em si os princípios cooperativistas. Após quase duas décadas da implantação da lei que rege as operadoras do

sistema de saúde suplementar e da atuação da ANS, as Unimed, que nasceram no do interior do estado de São Paulo, ainda conseguem se expandir. Notamos que o sistema possuiu um diferencial em relação às outras categorias de prestação de serviços privados de saúde, definido no serviço de intercâmbio. No que tange a aspectos econômico-financeiros da regulação, observou-se que a Unimed do Brasil que é quem regula e dá suporte as operadoras do sistema, vem trabalhando concomitante às exigências da ANS para evitar possíveis intervenções do órgão.

No próximo capítulo iremos realizar um estudo de caso da operadora Unimed Araxá, buscando compreender o seu desempenho econômico-financeiro entre os anos 2010 e 2015. As informações que permitem a análise foram buscadas no portal da ANS e foram construídas a partir dos dados enviados à agência pelas operadoras. Além disso, dispomos dos Relatórios de Gestão dessa operadora para podermos avaliá-la.

4 ANÁLISE DO DESEMPENHO ECONÔMICO-FINANCEIRO: ESTUDO DE CASO DA UNIMED ARAXÁ

Este capítulo destina-se a compreensão da regulamentação do setor suplementar de assistência à saúde no que tange a solvência das empresas do ramo, com enfoque no segmento cooperativista. Fundamentamos nossa análise de desempenho econômico-financeiro através da técnica de indicadores-padrão e pela análise vertical. A empresa Unimed Araxá nos forneceu suas demonstrações contábeis e financeiras e seu Relatório de Gestão entre os anos 2010 e 2015 para que possamos validar nossa hipótese de pesquisa.

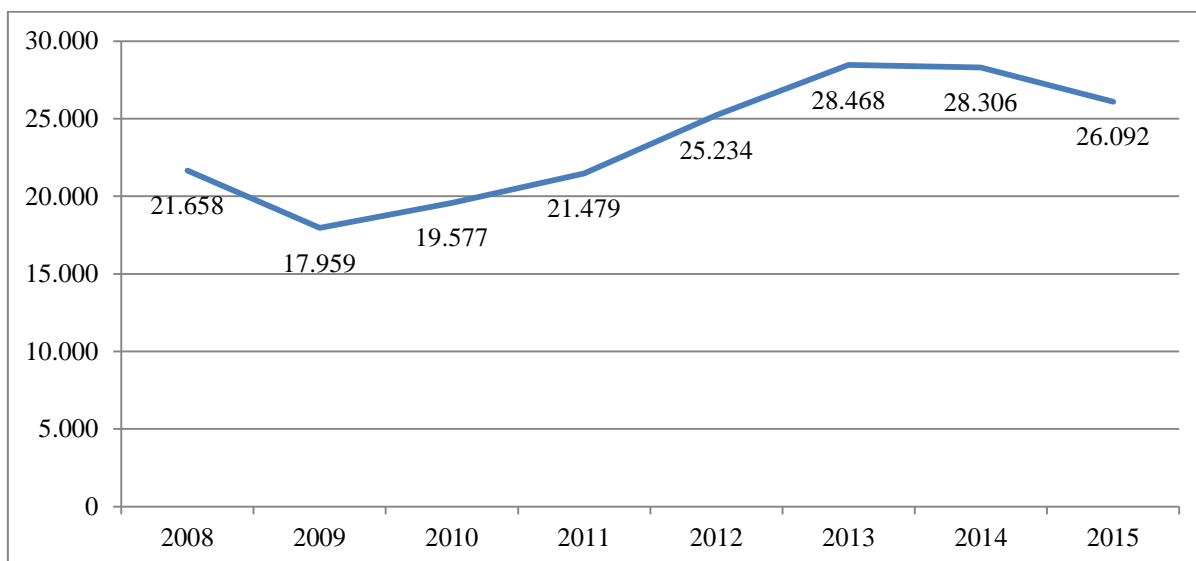
Para construção dos indicadores-padrão fazemos o uso das informações disponibilizadas no Anuário Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde, enquanto que, a análise vertical se aplica ao Balanço Patrimonial e a Demonstração do Resultado do Exercício da Unimed Araxá. Para tanto, este capítulo se dividirá em quatro seções, a primeira se destina a descrever o histórico e a situação atual do nosso objeto de estudo - Unimed Araxá; a segunda aborda a análise de desempenho econômico financeiro, a terceira refere-se à construção de indicadores-padrão, e, a quarta consiste na análise vertical.

4.1 Unimed Araxá

Fundada em 11 de maio de 1989 no município de Araxá, estado de Minas Gerais, a cooperativa Unimed Araxá surge como uma tentativa de garantir o exercício da profissão liberal do médico no município. Atualmente possui 159 médicos cooperados e atende mais de 29.000 beneficiários. No Sistema Unimed, ela é denominada uma Unimed Singular e atualmente compreende uma rede de sete municípios: Araxá, Campos Altos, Ibiá, Pratinha, Perdizes, Pedrinópolis e Tapira (UNIMED ARAXÁ, 2017; NITÃO, 2004; DUARTE, 2003).

Diante do cenário de crise que se instaurou na economia brasileira nos últimos anos, pode-se dizer que a cooperativa vem na contramão dos resultados obtidos pelo restante da economia, uma vez que obteve um crescimento considerável do número de beneficiários nos últimos anos. O gráfico 4 ilustra a evolução do número de beneficiários da Unimed Araxá no período de 2008-2015.

Gráfico 4 - Evolução do número de beneficiários da Unimed Araxá 2008 – 2015



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Anuário Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de planos de Saúde.

Como os dados indicam, a operadora obteve um crescimento significativo do seu número de beneficiários. De 2008 para 2015 esse crescimento foi de aproximadamente 20%. O pico da série foi atingido em 2013 (28.468) e, quando comparado com os dados de 2008 representa uma elevação em torno de 30% do seu número de beneficiários.

Essa evolução vai de acordo com o observado e relatado pela literatura. Conforme Santos e Gerschman, 2004, pelo setor de saúde ser de alto custo, nota-se que a iniciativa privada tem conseguido se expandir e ajustar seus custos possibilitando uma ampliação na oferta de serviços de alta complexidade - como exames de ressonância magnética, oncológicos, tomografias - e o setor público, que antes predominava na oferta desse tipo de serviço, retraiu-se.

A expansão na oferta de serviços de alta complexidade pela operadora iniciou-se no ano de 1996, quando foi criado o Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), especializado em tomografias, ressonância magnética, ultrassonografias e exames de raio-x (UNIMED ARAXÁ, 2017).

Atualmente seu faturamento se divide em três empresas - UNIMED, CDI e Farmácia. A primeira delas compreende serviços de comercialização de planos e prestação de serviços de saúde; a segunda engloba exames de alta complexidade; e o terceiro, comercialização de remédios aos beneficiários do Sistema Unimed.

As farmácias do sistema foram instituídas com o intuito de garantir melhores práticas de preços na comercialização de medicamentos aos seus usuários e garantir outras fontes de receitas as cooperativas, pois a compra é permitida a qualquer indivíduo (DUARTE, 2003). A tabela 4 ilustra a evolução do faturamento anual da operadora entre 2012 e 2015, segundo dados do seu relatório de gestão.

Tabela 4 - Evolução do faturamento anual da Unimed Araxá 2012-2015 (R\$ Milhões de Reais)

| | UNIMED | % | FARMÁCIA | % | C.D.I | % | Faturamento | % |
|-------------|---------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|--------------------|----------|
| 2012 | 26.130.640 | 100% | 1.883.526 | 100% | 2.843.943 | 100% | 30.858.111 | 100% |
| 2013 | 29.407.692 | 113% | 2.246.198 | 119% | 3.378.510 | 119% | 35.032.402 | 114% |
| 2014 | 41.493.219 | 159% | 2.349.424 | 125% | 3.946.582 | 139% | 47.789.228 | 155% |
| 2015 | 46.397.636 | 178% | 2.228.358 | 118% | 3.454.607 | 121% | 52.080.604 | 169% |

Fonte: Relatório anual de Gestão – Unimed Araxá, 2016.

Considerando-se o ano de 2012 como ano base, os dados indicam que o faturamento total cresceu 68% em apenas três anos, onde a comercialização e prestação de serviços à saúde correspondem com 89% do faturamento total de 2015. Essa foi também a área da empresa que mais cresceu durante os anos observados, o crescimento obtido na comercialização e prestação de serviços de saúde se elevou 78%. Os outros dois segmentos que compõe a operadora, Farmácia e CDI, obtiveram um crescimento aproximado de 18% e 21%, respectivamente.

Entendido o histórico da operadora e suas fontes de financiamento, o próximo item dessa seção aborda os planos comercializados por ela, esses sofrem grande influência da regulamentação.

4.1.1 Planos

Ao longo dos vinte e oito anos de existência da cooperativa, essa sempre focou na prestação de serviços de assistência a saúde em caráter suplementar. No entanto, em virtude da regulamentação do setor, em 2000, há uma mudança na maneira em que esses serviços são comercializados, que atinge não só essa operadora, mas todas aquelas que estavam presentes no mercado antes da implementação da ANS.

A lei 9.656/98 determinou que todas as operadoras (médico-hospitalares e odontológicas) devessem se registrar para poder atuar no mercado de saúde suplementar, o registro da Unimed Araxá é o 33161-5 e foi expedido em 1998 (ANS, 2015). Concomitante ao registro da operadora houve a necessidade do registro dos planos comercializados por elas.

Os tipos de planos comercializados pelas OPS inicialmente eram predominantemente de custo operacional, hoje o que vigora nesse setor são planos de pré-pagamento e de coparticipação. O plano do tipo de custo operacional trouxe grandes problemas às operadoras que os comercializavam e foram chamados de não regulamentados, tendo sua comercialização proibida quando da regulação.

Na página da ANS são disponibilizados todos os planos que foram e são comercializados pelas operadoras do sistema suplementar. O Anexo A traz a relação de todos os planos da OPS Unimed Araxá que tiveram sua comercialização proibida pela ANS a partir de 02 de janeiro de 1999 devido a irregularidades na prestação de serviços ou forma de contratação, totalizando 37 variedades. Os planos antigos dessa OPS eram em sua maioria do tipo coletivo empresarial e com abrangência nacional, tendo apenas um tipo (PIF – Plano Individual Familiar) com cobertura para um grupo específico de municípios.

Ao efetuarmos a consulta na mesma página sobre os planos da operadora que hoje têm sua comercialização liberada, caracterizados como planos novos, notamos que esses formam uma carteira de 21 planos. Diferentemente daqueles que vigoraram antes da implantação da regulação, esses em sua maioria, tem abrangência estadual (11), ante seis com abrangência nacional, dois, a um determinado grupo de municípios e outros dois a um grupo de Estados. Esse último merece atenção, pois compreende um contrato em que a empresa contratante possui filiais ao longo do território nacional, porém, os contratos são firmados na Unimed Araxá. A relação de planos novos comercializados pela operadora está especificada na tabela 5.

Tabela 5 - Planos Novos Comercializados pela operadora Unimed Araxá

| Nº Registro do Plano | Nome comercial do Plano | Segmentação Assistencial | Tipo de Contratação | Abrangência |
|-----------------------------|---|---|----------------------------|---------------------|
| 470621148 | AFCBMM Participativo Apartamento | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Coletivo Por Adesão | Nacional |
| 4500096042 | ALPF | Ambulatorial | Individual ou familiar | Grupo de Municípios |
| 4500098049 | ALPJ | Ambulatorial | Coletivo Empresarial | Grupo de Municípios |
| 442760032 | Araxapart Ambul Hospitalar com Obst Apto PF Estadual | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Estadual |
| 442759034 | Araxapart Ambul Hospitalar com Obst enfer PF Estadual | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Estadual |
| 455804079 | Araxapart c/ Obstet Apartamento PJ Estadual | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Estadual |
| 455753071 | Araxapart c/ obster Enfermaria PJ Estadual | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Estadual |
| 456319071 | Araxápart Enfermaria Adesão Estadual | Referência | Coletivo Por Adesão | Estadual |
| 456322071 | AraxapartEnfermaria Adesão Estadual SP | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Por Adesão | Estadual |
| 450092040 | MEAIF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Estadual |
| 450094046 | MEAIJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Estadual |
| 4500910041 | MEEIF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Estadual |
| 450093048 | MEEIJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Estadual |
| 419493994 | Uniaraxá Amb. Hosp. Custo Operacional Grande Risco PJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 419492996 | Uniaraxá Amb. Custo Operacional Peq. Risco PJ | Ambulatorial | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 436411016 | Uniaraxá co-participação Enfer. c/ Obstetrícia - PJ | Referência | Coletivo Empresarial | Estadual |
| 418952993 | Uniaraxá Uniplan Múltiplo Obstétrico Enfermaria PF | Referência | Individual ou familiar | Nacional |
| 418961992 | Uniaraxá Uniplan Total Obstétrico Apartamento PJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 418960994 | Uniaraxá Uniplan Total Obstétrico Enfermaria PJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 470415141 | Zema Participativo com Obstetrícia | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Grupo de Estados |
| 470416149 | Zema Participativo sem Obstetrícia | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Grupo de Estados |

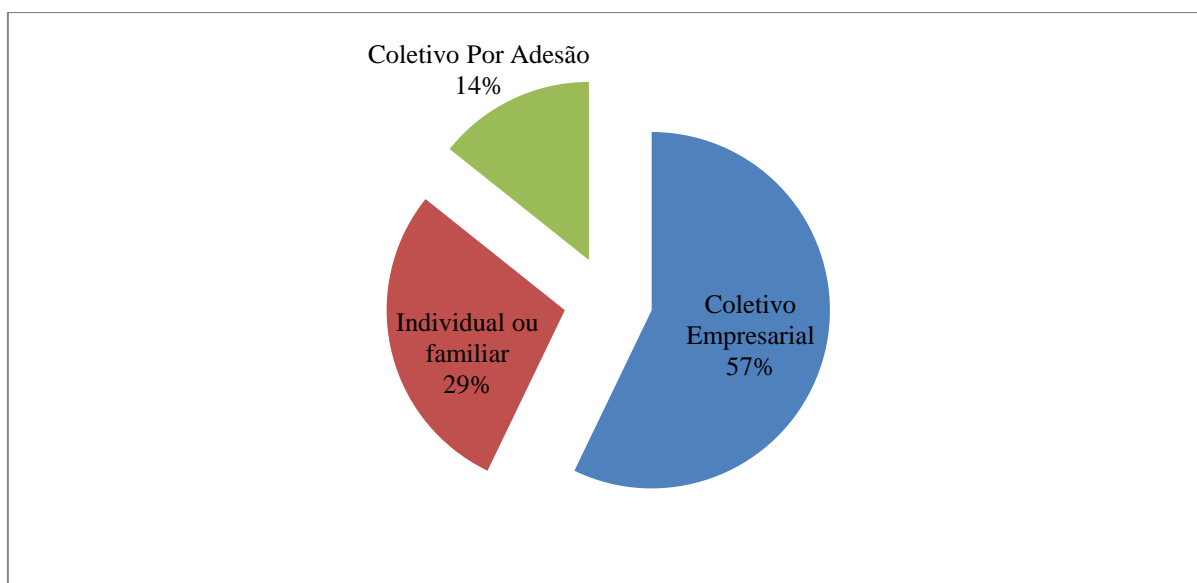
Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2017a).

Além desses 21 tipos de planos que hoje compõe a carteira dessa OPS, existem outros também classificados como novos, e que tiveram sua comercialização suspensa à pedido da operadora ou devido as exigências da ANS. A relação desses planos consta no Anexo B.

Ao compararmos a abrangência dos planos classificados como antigos (anteriores a Lei 9.656/98), em sua maioria nacional, podemos dizer que esses tiveram sua comercialização proibida em virtude das mobilizações que levaram a regulamentação desse setor. Para manter planos com essa característica a operadora necessita ter uma rede credenciada muito grande, pois, o indivíduo pode vir a solicitar cobertura assistencial em qualquer lugar do país. Uma vez que determinado indivíduo necessite de cobertura em uma localidade onde o sistema não tenha rede credenciada, a OPS tem que aceitar a tabela de cobrança do hospital ou prestador e negociar a cobrança do cliente posteriormente.

Os planos novos que hoje estão com comercialização liberada, listados na tabela 5, são em sua maioria estaduais pelo seguinte motivo: pela facilidade da operadora em negociar com Unimed's mais próximas, principalmente com aquelas da mesma Federação. Outro ponto que merece ser destacado é o tipo de contrato que prevalece para essa OPS. O gráfico 5 ilustra essa característica:

Gráfico 5 - Tipos de Contratos Novos da OPS Unimed Araxá em 2017



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2017a).

A carteira dessa operadora, atualmente, é em sua maioria (57%) composta por planos do tipo Coletivo Empresarial, contratado por pessoa jurídica, onde o indivíduo ao ingressar em determinada empresa automaticamente torna-se beneficiário do plano de saúde. Seguido por

essa categoria de contrato, temos o Individual ou Familiar (29%), contratado por pessoas físicas. O individual como o próprio nome diz, não permite a inclusão de dependentes, enquanto que o familiar sim. O terceiro tipo de contrato, que tem participação minoritária no grupo de contratos dessa operadora, é o Coletivo por Adesão (14%), também contratado por pessoa jurídica. No entanto, nesse contrato o indivíduo ou empregado pode optar por ter ou não o benefício de assistência à saúde. A negociação entre o empregador e o empregado para usufruir do plano fica a cargo da contratante, não tendo nenhuma relação com a OPS.

Uma vez feita à caracterização do nosso objeto de estudo, na próxima seção abordamos os fundamentos, tipos e variações da análise de desempenho econômico-financeiro que essa pesquisa pretende realizar.

4.2 Análise de desempenho econômico-financeiro

Dentre as competências da ANS listadas estão à garantia de solvência e a exigência de normas e padrões para o envio de informações econômico-financeiras das operadoras. As duas estão intrinsecamente relacionadas com a análise de desempenho econômico-financeiro que esta pesquisa pretende realizar.

Na literatura, são apontadas três técnicas de análise desses indicadores: análise horizontal, vertical e a análise com indicadores. Embora haja divergência no modo da argumentação do analista, todas elas empregam as demonstrações contábeis obrigatórias para todas as empresas.

4.2.1 Análise Horizontal e Análise Vertical

Segundo Assaf Neto (2015), a análise horizontal relaciona cada item de um determinado demonstrativo financeiro com o mesmo item do exercício anterior, esse último, considerado o período-base. Esse tipo de análise permite estimar o desempenho da empresa no exercício passado e projetar tendências futuras.

Diferentemente da análise horizontal, a análise vertical realiza comparações no mesmo grupo de contas, do mesmo exercício social. Matarazzo, 2003, afirma que a utilização desse tipo de

análise objetiva mostrar a importância de cada conta em relação à demonstração financeira que compõe.

Esses dois tipos de análise - horizontal e vertical - permitem acompanhar a evolução das demonstrações contábeis ao longo do tempo. O próximo item traz a análise com indicadores, técnica empregada neste trabalho.

4.2.2 *Análise com Indicadores*

Para Camargos e Barbosa (2005):

Dentre as diversas técnicas utilizadas pela literatura especializada para análise de uma empresa, destaca-se a Análise de Indicadores Econômicos-Financeiros, definida como uma técnica que considera os diversos demonstrativos contábeis como fontes de dados e informações que são compilados em índices e indicadores, cuja análise histórica possibilita identificar o desempenho econômico-financeiro da empresa, bem como projeções de possíveis resultados futuros. (CAMARGOS E BARBOSA, 2005, p.103).

A construção desses indicadores é realizada com base nas contas definidas no item 2.3, Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício, Demonstração do Fluxo de Caixa, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido. Segundo Matarazzo (2003), existem aproximadamente onze indicadores que permitem a averiguação da situação de uma empresa e esses se dividem em indicadores de situação econômica e de situação financeira.

Os indicadores que tratam a situação financeira são os de liquidez e endividamento, compostos três e quatro indicadores, respectivamente. Já os indicadores que tratam sobre a situação econômica ou de rentabilidade dividem-se em cinco. A tabela 6 traz esses indicadores, a forma de cálculo, o que eles indicam e o modo de interpretação.

Tabela 6 - Indicadores Econômico-Financeiros

| Indicadores | Cálculo | Indica | Interpretação |
|--|--|--|----------------------|
| LIQUIDEZ (Situação Financeira) | | | |
| LIQUIDEZ GERAL (LG) | LG: Ativo Circulante + Realizável Longo Prazo/ Passivo Circulante + Passivo não circulante | Quanto a empresa possui no Ativo Circulante e Realizável a Longo Prazo para cada \$1,00 de dívida total. | Quanto maior, melhor |
| LIQUIDEZ CORRENTE (LC) | LC: Ativo Circulante/ Passivo Circulante | Quanto à empresa possui no Ativo Circulante para cada \$1,00 de Passivo Circulante. | Quanto maior, melhor |
| LIQUIDEZ SECA (LS) | LS: Ativo Circulante - Estoques - Despesas Antecipadas/ Passivo Circulante | Quanto a empresa possui de Ativo Disponível para cada \$1,00 de dívidas a curto prazo. | Quanto maior, melhor |
| ESTRUTURA/ENDIVIDAMENTO (Situação Financeira) | | | |
| PARTICIPAÇÃO DO CAPITAL DE TERCEIROS (PCT) | PCT: (Capitais de Terceiros/Patrimônio Líquido)* 100 | Quanto à empresa tomou de capitais de terceiros para cada \$100 de capital próprio investido. | Quanto menor, melhor |
| IMOBILIZAÇÃO DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO (IPL) | IPL: (Investimento +Imobilizado + Intangível)/ Patrimônio Líquido | Quanto a empresa aplicou no Ativo Imobilizado para cada \$100 de Patrimônio Líquido | Quanto menor, melhor |
| COMPOSIÇÃO DO ENDIVIDAMENTO (CE) | CE: Passível Circulante/ Exigível total | Quanto da dívida vence no curto prazo | Quanto menor, melhor |
| IMOBILIZAÇÃO DE RECURSOS NÃO CORRENTES (AI/PL+ PNC) | AI/PL+PNC:(Ativo Imobilizado/Patrimônio Líquido + Passivo não Circulante)*100 | O percentual de Recursos não Correntes que a empresa aplicou no Ativo Imobilizado | Quanto menor, melhor |
| RENTABILIDADE (Situação Econômica) | | | |
| MARGEM BRUTA (MB) | MB: (Lucro Bruto/ Receita Líquida)* 100 | Fornecer um controle da estrutura de custos da empresa | Quanto maior, melhor |

| | | | |
|--|--|--|----------------------|
| MARGEM LÍQUIDA (ML) | ML: (Lucro Líquido/ Receita Líquida)*100 | Quanto à empresa tem de lucro para cada \$100 vendidos | Quanto maior, melhor |
| GIRO DO ATIVO (GA) | GA: Vendas Líquidas/ Ativo | Quanto à empresa vendeu para cada \$1,00 de investimento total | Quanto maior, melhor |
| RETORNO SOBRE O ATIVO (RSA OU ROI) | RSA: (Lucro líquido/ Ativo)*100 | Quanto à empresa obtém de lucro para cada \$100 de investimento total. | Quanto maior, melhor |
| RENTABILIDADE SOBRE O PATRIMÔNIO LÍQUIDO (RSPL OU ROE) | RSPL: (Lucro líquido/ Patrimônio líquido)* 100 | Quanto à empresa lucrou para cada \$100 de Capital Próprio Investido | Quanto maior, melhor |

Fonte: Matarazzo, 2003; Assaf Neto (2015); Freitas e Goularte (2017).

Em virtude da padronização das contas das OPS para efeitos de análise de desempenho das operadoras, a ANS determina cinco indicadores operacionais: Despesa Assistencial, Despesa de Comercialização, Despesa Administrativa, Indicador Combinado e Indicador Combinado Ampliado (ANS, 2015).

Schrickel, 1999 apud Soares, 2006, define o indicador operacional:

O indicador evidencia o quanto a empresa gasta para colocar seus produtos à disposição do consumidor. Cada empresa, e cada setor econômico terá seu indicador operacional próprio. Nos últimos anos as empresas buscam a redução do seu indicador operacional. Para assegurar a competitividade a redução de custos passou a ser a maior arma. (SCHRICKEL, 1999, p. 291 apud SOARES, 2006, p. 63).

Podemos dizer que o uso de indicadores operacionais por empresas do ramo de saúde suplementar evidencia o desempenho das mesmas e a capacidade delas operarem nesse setor. Aquelas que tiverem bons indicadores provavelmente serão as mais lucrativas. A tabela 7 traz os cinco indicadores operacionais definidos pela ANS considerando o Anuário Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde.

Tabela 7 - Indicadores Operacionais definidos pela ANS

| Indicadores | Cálculo | Indica | Interpretação |
|--------------------------------------|---|--|----------------------|
| OPERACIONAIS | | | |
| DESPESA ASSISTENCIAL (DM) | DM: Eventos indenizáveis Líquidos/ Contraprestações efetivas | Quanto a operadora dispendeu em despesas assistenciais, em relação ao seu faturamento | Quanto menor, melhor |
| DESPESA DE COMERCIALIZAÇÃO (DC) | DC: Despesas de Comercialização/ Contraprestações efetivas | A relação entre o total de despesas com a comercialização de planos de saúde e o total de receitas com operação de planos de saúde | Quanto menor, melhor |
| DESPESAS ADMINISTRATIVAS (DA) | DA: Despesas administrativas/ Contraprestações efetivas | A relação entre o total de despesas administrativas e o total de receitas com a operação de planos de saúde | Quanto menor, melhor |
| ÍNDICE COMBINADO (COMB) | COMB: (Despesas Administrativas + Despesas de Comercialização+ Eventos Indenizáveis Líquidos)/ Contraprestações efetivas | A relação entre as despesas operacionais - administrativas, comercialização, assistenciais - e as receitas com operações de planos de saúde | Quanto menor, melhor |
| INDICADOR COMBINADO AMPLIADO (COMBA) | COMBA: (Despesas Administrativas + Despesas de Comercialização + Eventos indenizáveis Líquidos)/ Contraprestações Efetivas + Resultado Financeiro Líquido | Relação entre o total de despesas da operadora e o total de receitas obtidas com a venda de planos de saúde acrescidas das receitas líquidas financeiras | Quanto menor, melhor |

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS, 2015.

Como se observa, os cinco indicadores operacionais definidos pela ANS para avaliar o desempenho da operadora na prestação de serviços suplementares de assistência à saúde têm a mesma interpretação – quanto menor, melhor. Isso se deve em razão de todos eles serem mensurados através da relação entre as contraprestações efetivas (receitas) com operações de planos de saúde e despesas operacionais. Se as despesas forem maiores que as receitas o

negócio da operadora não está sendo lucrativo, e, conseqüentemente, a mesma tem que recorrer a outras fontes de financiamento, a exemplo, financiamentos, empréstimos.

Apresentados e definidos os indicadores - convencionais e operacionais - apresentamos a técnica de indicador-padrão, que irá fundamentar nossa análise.

4.2.3 *Indicador-padrão*

Matarazzo (2003) define que a avaliação econômico-financeira de indicadores pode ser feita de três modos:

1. Pelo valor intrínseco do índice;
2. Através da comparação de indicadores ao longo de vários exercícios;
3. Pela comparação com índices de várias empresas, do mesmo setor.

A análise de desempenho econômico-financeiro de uma empresa isolada, pelo valor intrínseco do índice, pode causar viés devido à individualidade da firma e a incapacidade de compreensão por parte do analista de computar tendências setoriais. Essa só deve ser realizada na inexistência de conhecimento sobre outras empresas do setor.

O segundo tipo de avaliação, permite acompanhar as decisões tomadas pelos gestores da empresa ao longo do período, garantindo uma maior precisão da avaliação. No entanto, o terceiro tipo é o mais importante, pois, apenas ele permite ao analista qualificar o valor de um índice de determinada empresa como péssimo, bom ou excelente, o que só é possível através da comparação com padrões (MATARAZZO, 2003). É com essa metodologia que se pretende trabalhar.

Assaf Neto (2015) define o método de indicadores padrão da seguinte maneira:

Índices- padrão revelam os indicadores médios representativos do desempenho de grande número de empresas. Esses padrões são importantes para toda análise que se venha a fazer das empresas, permitindo que se estabeleçam qualificações (favorável, insuficiente, etc.) nos vários índices extraídos dos demonstrativos financeiros. (ASSAF NETO, 2015, p.275).

Para trabalhar com os índices padrão é importante que o analista selecione com quais índices irá trabalhar e averiguar a maneira como o interpreta - quanto maior, melhor, quanto menor, melhor. Feita a definição dos índices pode-se tabulá-los. Esse processo consiste na construção de tabelas com indicadores de empresas do mesmo setor, ou mesmas

características, que permitem a comparação dos indicadores de uma empresa com as demais (MATARAZZO, 2003).

Ao fazer o uso dessa técnica, fica fácil para o pesquisador comparar os indicadores de determinada empresa com outras n empresas do mesmo ramo. Apenas essa comparação é que permitirá a avaliação dos indicadores obtidos. A construção dos indicadores-padrão faz o uso de ferramentas estatísticas que tornam mais simples a análise (MATARAZZO, 2003; ASSAF NETO, 2015).

Pode-se elencar esse método em cinco passos. O primeiro passo é definir com quais indicadores pretende-se trabalhar, seguido pelo cálculo e tabulação dos mesmos, a fim de avaliar determinada empresa.

Uma vez que precisamos fazer comparações entre os indicadores dessa empresa com demais empresas do mesmo segmento ou com as mesmas características, o segundo passo, consiste na seleção de um grupo de empresas e cálculo dos mesmos indicadores que definimos para empresa que estamos avaliando.

De posse dos dados, para execução do terceiro passo, o analista deve os agrupá-los em ordem crescente de grandeza e empregar ferramenta estatística para definição da mediana dos dados observados. Adota-se a mediana ao invés da média, pois, a primeira divide a série exatamente ao meio, permitindo ao analista afirmar que os índices abaixo desse valor são insuficientes, enquanto que os acima podem ser considerados bons ou ótimos (ASSAF NETO, 2015).

Matarazzo (2003, p. 189) define que: “O papel da mediana é possibilitar a comparação de um elemento do universo com os demais, a fim de se conhecer a sua posição relativa, na ordem de grandeza do universo”.

No entanto, somente a mediana é insuficiente para análise desses indicadores. Os especialistas nesse tipo de análise, além da mediana, empregam a técnica de decis e quartis. Decis e quartis são amplamente usados na estatística, o primeiro divide os valores observados em dez partes (décimos), e o segundo divide esses valores em quartos (0,25) (ASSAF NETO, 2015). Matarazzo (2003) afirma que a melhor metodologia é a que emprega os decis. É essa que faremos uso.

O cálculo dos decis abrange o quarto passo, e, para cálculo dos mesmos, estando o analista com os dados agrupados em ordem crescente, define-se o primeiro decil e os demais

de forma análoga. O primeiro decil será composto por 10% da amostra (n). Esse é o valor que deixa 10% dos elementos abaixo de si e outros 90% acima. Suponha-se que a amostra seja composta por 50 elementos. O primeiro decil será aquele que deixa cinco elementos abaixo de si (10% x 50) e 45 elementos acima. Logo, este deverá ter um valor entre o quinto e o sexto da série de indicadores que compõe a amostra. O valor de nosso primeiro decil é obtido através da média aritmética entre esses dois indicadores. O método se repete até que se encontre os demais decis (MATARAZZO, 2003).

Ao fazer o uso dessa técnica, o modo de interpretação dos indicadores interfere na disposição dos dados que o analista tem em mãos. É importante que ao selecionar com quais índices se irá trabalhar, se averigüe a maneira como os interpreta – quanto maior, melhor, quanto menor, melhor. O modo de interpretação dos indicadores altera o modo como se constrói e se interpreta os decis.

A construção do quadro e a qualificação dos indicadores da empresa que se pretende trabalhar consistem no quinto e último passo que o analista deve seguir para avaliação de seus indicadores. Através desse instrumento pode-se comparar os indicadores obtidos com tantos outros do mesmo setor, possibilitando que fatores intrínsecos a determinado ramo sejam levados em consideração na análise.

Tendo demonstrado os indicadores apontados pela literatura e definida as técnicas que serão empregadas nessa pesquisa, na próxima seção, apresentamos o modo em que tratamos os dados.

4.3 Tratamento dos dados

Nossa análise tomará como comparação os indicadores econômico-financeiros das OPS divulgados pela ANS no Anuário Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde disponíveis entre os anos 2010 e 2015. Nesse, são disponibilizados indicadores econômico-financeiros sobre todas as operadoras ativas no sistema suplementar, compreendendo indicadores tradicionais e operacionais que permitem a avaliação da operadora.

O primeiro passo, para construção de indicadores padrão é definir quais indicadores trabalhar, calculá-los e tabulá-los. Dentre os vários indicadores listados pela ANS para

garantia de solvência das OPS listou-se seis indicadores comuns e dois operacionais conforme os grupos de análise.

Desse modo selecionamos quatro indicadores para fundamentar nossa análise financeira: Liquidez Geral; Liquidez Corrente; Imobilização do Ativo total; Composição do Endividamento. E outros dois para avaliar a situação econômica: Margem de Lucro Líquida e Retorno sobre o Ativo.

No conjunto desses indicadores, diferencia-se dos citados na seção anterior, o indicador Imobilização Total do Ativo, IMOB. Este é calculado pela ANS e compõe os indicadores de estrutura ou capital que analisam a situação econômica da operadora, calculado da seguinte maneira:

$$\text{IMOB: } \frac{\text{Ativo Permanente}}{\text{Ativo Total}}$$

Este indica a parcela das aplicações dos recursos da operadora investidos no seu Ativo Permanente. Quanto menor, melhor é a situação da operadora. Se esse indicador estiver muito próximo de 1 é considerado que a OPS não tem uma grande quantidade de recursos disponíveis para liquidar eventos no curto prazo.

Para avaliar a operadora Unimed Araxá no quesito desempenho, tratamos dois indicadores operacionais: Despesa Assistencial e o Indicador Combinado Amplo.

Após termos definido os indicadores que iremos trabalhar, tem-se que calculá-los e tabulá-los. Tomamos os índices calculados pela ANS entre 2010 e 2015 para o nosso objeto de estudo, Unimed Araxá. A tabela 8 traz os indicadores para a operadora.

Tabela 8 - Indicadores da Operadora Unimed Araxá 2010 - 2015

| Indicadores | UNIMED ARAXÁ | | | | | |
|-------------|--------------|------|------|------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| LG | 1,3 | 1,3 | 1,35 | 1,79 | 2,15 | 2,71 |
| LC | 3,98 | 3,84 | 4,18 | 3,79 | 3,89 | 3,76 |
| IMOB | 0,16 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,11 | 0,24 |
| CE | 0,32 | 0,33 | 0,32 | 0,47 | 0,55 | 0,71 |
| RSA | 0,09 | 0,08 | 0,09 | 0,08 | 0,12 | 0,06 |
| MLL | 0,11 | 0,11 | 0,1 | 0,1 | 0,4 | 0,07 |
| DM | 0,67 | 0,68 | 0,73 | 0,78 | 0,74 | 0,71 |
| COMBA | 0,95 | 0,96 | 1,04 | 1,09 | 1,01 | 0,8 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS.

No segundo passo, devemos definir com quais indicadores iremos comparar aqueles observados para a Unimed Araxá. A cooperativa integra a Federação Minas e tinha no ano de

2015, 26.092 beneficiários (ANS, 2015). Considerando-se a classificação dos portes das operadoras definidos pela ANS, a OPS Unimed Araxá estava classificada no ano de 2015 como de médio porte.

Diante disso, realizamos uma consulta sobre quais eram as cooperativas integrantes da Federação Minas presentes no Anuário Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde em 2015, e selecionamos aquelas que estavam classificadas como de médio porte. A opção por serem cooperativas dentro da mesma federação dá-se pela negociação da taxa de intercâmbio, que não oscila entre operadoras de um mesmo estado, como também pelo tipo de abrangência dos contratos firmados na OPS Unimed Araxá, predominantemente estadual. Deste modo, foram encontradas vinte cooperativas. A tabela 9 mostra quais cooperativas irão compor nossa análise de desempenho econômico-financeiro da operadora Unimed Araxá, o registro da OPS junto à ANS e o número de beneficiários verificados em 2015.

Tabela 9 - Unimeds de Médio Porte em Minas Gerais em 2015

| Cooperativa | Registro ANS | Beneficiários |
|---|--------------|---------------|
| | | 2015 |
| Unimed Barbacena Cooperativa de Trabalho Médico Ltda | 30908-7 | 26.220 |
| Unimed Conselheiro Lafaiete Cooperativa de Trabalho Médico Ltda | 34570-9 | 23.607 |
| Unimed Curvelo Cooperativa de Trabalho médico | 33010-8 | 29.212 |
| Unimed Governador Valadares Cooperativa de Trabalho Médico | 38658-8 | 61.350 |
| Unimed Itajubá Cooperativa de Trabalho Médico | 32283-1 | 31.888 |
| Unimed Itaúna Cooperativa de Trabalho Médico Ltda | 35658-1 | 20.472 |
| Unimed Lavras Cooperativa de Trabalho Médico | 34545-8 | 22.093 |
| Unimed Montes Claros Cooperativa de Trabalho Médico Ltda | 30405-1 | 36.711 |
| Unimed Pará de Minas Cooperativa de Trabalho Médico | 30434-4 | 21.067 |
| Unimed Patos de Minas Cooperativa de Trabalho Médico Ltda | 35306-0 | 24.262 |
| Unimed Poços de Caldas - Sociedade Cooperativa de Trabalho e Serviços Médicos | 31614-8 | 35.078 |
| Unimed São João Del Rei Cooperativa de Trabalho Médico | 32392-6 | 22.009 |
| Unimed São Lourenço Cooperativa de Trabalho Médico | 37008-8 | 58.528 |
| Unimed Sete Lagoas Cooperativa de Trabalho Médico | 34953-4 | 47.197 |
| Unimed Teófilo Otoni Cooperativa de Trabalho Médico | 31688-1 | 31.336 |
| Unimed Três Corações Cooperativa de Trabalho Médico | 35903-3 | 21.274 |
| Unimed Ubá Cooperativa de Trabalho Médico | 36257-3 | 35.901 |
| Unimed Uberaba Cooperativa de Trabalho Médico | 35406-6 | 60.482 |
| Unimed Vale do Aço Cooperativa de Trabalho Médico | 35928-9 | 53.893 |
| Unimed Varginha Cooperativa de Trabalho Médico | 34472-9 | 44.955 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2015).

Definidas as operadoras que nos servirão de comparação e feita à avaliação dos indicadores da operadora Unimed Araxá, coletou-se os mesmos indicadores aqui definidos para analisar nosso objeto de estudo no Anuário Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde, para as operadoras listadas na tabela 9. A relação dos oito indicadores coletados para cada uma das vinte UnimedS encontra-se no Anexo C.

De posse dos indicadores, o terceiro passo envolve a alocação dos indicadores em ordem crescente de grandeza e cálculo da mediana desses. A tabela 10 traz os indicadores da operadora Unimed Araxá e a mediana observada no grupo de comparação entre 2010 e 2015.

Tabela 10 - Indicadores da Operadora Unimed Araxá e mediana observada no grupo de comparação entre os anos de 2010 e 2015

| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------|--------------|------|------|------|------|------|------|
| LG | Unimed Araxá | 1,30 | 1,30 | 1,35 | 1,79 | 2,15 | 2,71 |
| | Mediana | 1,12 | 1,24 | 1,15 | 1,14 | 1,22 | 1,29 |
| LC | Unimed Araxá | 3,98 | 3,84 | 4,18 | 3,79 | 3,89 | 3,76 |
| | Mediana | 1,84 | 1,78 | 1,67 | 1,52 | 1,56 | 1,47 |
| IMOB | Unimed Araxá | 0,16 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,11 | 0,24 |
| | Mediana | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,03 | 0,13 | 0,14 |
| CE | Unimed Araxá | 0,32 | 0,33 | 0,32 | 0,47 | 0,55 | 0,71 |
| | Mediana | 0,49 | 0,56 | 0,54 | 0,63 | 0,64 | 0,64 |
| RSA | Unimed Araxá | 0,09 | 0,08 | 0,09 | 0,08 | 0,12 | 0,06 |
| | Mediana | 0,03 | 0,09 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,06 |
| MLL | Unimed Araxá | 0,11 | 0,11 | 0,10 | 0,10 | 0,40 | 0,07 |
| | Mediana | 0,03 | 0,06 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,04 |
| DM | Unimed Araxá | 0,67 | 0,68 | 0,73 | 0,78 | 0,74 | 0,71 |
| | Mediana | 0,77 | 0,73 | 0,78 | 0,78 | 0,79 | 0,78 |
| COMBA | Unimed Araxá | 0,95 | 0,96 | 1,04 | 1,09 | 1,01 | 0,80 |
| | Mediana | 0,97 | 0,94 | 0,95 | 0,97 | 0,95 | 0,91 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados a ANS.

Os dois indicadores de liquidez - LG, LC - para todos os anos analisados encontram-se superiores a mediana das vinte operadoras que nos serviram como comparação. No entanto, nos três anos iniciais o indicador LG da Unimed Araxá se encontra mais próximo daqueles observados em outras UnimedS do mesmo porte. Por outro lado, o indicador de liquidez corrente é superior à mediana desse indicador para as vinte UnimedS comparadas em todos os anos.

A análise dos indicadores de liquidez não pode ser feita individualmente, a mesma deve ser acompanhada pelos indicadores de endividamento. Neste estudo abordamos como indicadores de endividamento o IMOB, definido pela ANS, e o CE, um indicador tradicional. A leitura de ambos esses indicadores diz que quanto menor esse indicador, melhor é a situação da operadora. Para classificar se essa está se financiando com recursos próprios ou de terceiros é necessário avaliar os indicadores de liquidez e de endividamento conjuntamente.

O IMOB encontra-se inferior a mediana do nosso grupo de comparação em quatro dos seis anos analisados. Excetuando-se o ano de 2015, quando a mediana do setor equivale a 0,135 o verificado para essa Unimed foi de 0,24, sinalizando que em 2015 a Unimed Araxá imobilizou 24% de seus recursos no Ativo Permanente. Isso se deve pela iniciação das obras do Complexo Hospitalar. O mesmo ocorre com o indicador Composição do Endividamento. De 2010-2014 esse indicador se situa inferior à mediana do setor, porém, em 2015 verifica-se que esse supera a mediana do setor em 11%.

Os nossos dois indicadores listados para verificar a situação econômica da OPS Unimed Araxá - RSA e MLL - têm a interpretação do tipo quanto maior, melhor. O RSA mostra a capacidade da empresa em gerar lucro com seus próprios ativos. No caso da Unimed Araxá, para os seis anos, a OPS conseguiu superar a mediana das outras Unimeds da Federação. O mesmo ocorre com o indicador de Margem de Lucro Líquida.

No que tange aos indicadores operacionais definidos pela ANS e selecionados para avaliar o desempenho dessa operadora, quanto menor esses indicadores, melhor é o seu desempenho. O indicador DM mensura a relação de despesas com serviços de saúde de seus beneficiários com o total de receitas com a comercialização de planos de saúde (contraprestações efetivas). Nos seis anos esse se manteve inferior à mediana do setor, indicando que, as despesas assistenciais para a OPS Unimed Araxá encontram-se inferiores as receitas com a comercialização de planos.

Escolhemos o Indicador Combinado Ampliado (COMBA) por ele considerar todas as despesas incorridas pela OPS em relação às Receitas com Planos de Saúde e o seu Resultado Financeiro Líquido. Em quatro dos seis anos analisados, esse indicador superou a mediana do setor, 2011, 2012, 2013 e 2014. Já em 2010 e 2015, este se situa inferior à mediana das outras Unimeds.

O quinto e último passo da análise com indicador-padrão, diz respeito à qualificação dos indicadores do nosso objeto de estudo através da técnica dos decis. Nossa amostra para

composição desses indicadores é composta por vinte Unimed. Calculamos os nove decis da seguinte maneira: de posse dos indicadores agrupados em ordem crescente de grandeza, definimos o nosso primeiro decil como sendo aquele que contenha 10% dos indicadores da amostra (20 x 10%), dois indicadores. Este foi definido através da média entre o segundo e terceiro indicador da série de dados. O segundo decil, foi calculado pela média entre o quarto e quinto indicador da série, e assim sucessivamente, até o definirmos o nono decil.

Adotamos cinco categorias de classificação dos nossos decis de acordo com a leitura do indicador, quanto maior, melhor, e, quanto menor, melhor. Deste modo, nossa classificação para os de primeiro grupo são: Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Excelente. Aqueles classificados de modo quanto menor, melhor, são classificados em: Excelente, Bom, Regular, Ruim, Péssimo. Para quantificarmos os dados da operadora Unimed Araxá fazemos o uso dos dados presentes na tabela 8. As tabelas a seguir trazem a classificação dos indicadores do setor de acordo com o ano de análise.

Tabela 11 - Classificação dos indicadores do setor em 2010

| | Péssimo | | Ruim | | Regular | Bom | | Excelente | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| | 1° Decil | 2° Decil | 3° Decil | 4° Decil | Mediana | 6° Decil | 7° Decil | 8° Decil | 9° Decil | |
| Quanto maior, melhor | LG | 0,875 | 0,94 | 1,04 | 1,07 | 1,12 | 1,165 | 1,23 | 1,43 | 1,59 |
| | LC | 0,945 | 1,15 | 1,415 | 1,595 | 1,84 | 2,275 | 2,355 | 2,6 | 3,455 |
| | RSA | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,05 | 0,08 | 0,12 | 0,16 |
| | MLL | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,03 | 0,05 | 0,05 | 0,09 | 0,11 |
| | Excelente | | Bom | | Satisfatório | Ruim | | Péssimo | | |
| | 1° Decil | 2° Decil | 3° Decil | 4° Decil | Mediana | 6° Decil | 7° Decil | 8° Decil | 9° Decil | |
| Quanto menor, melhor | IMOB | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,07 | 0,09 |
| | CE | 0,17 | 0,26 | 0,35 | 0,46 | 0,49 | 0,54 | 0,56 | 0,58 | 0,63 |
| | DM | 0,60 | 0,68 | 0,72 | 0,75 | 0,77 | 0,80 | 0,81 | 0,83 | 0,90 |
| | COMB A | 0,88 | 0,89 | 0,93 | 0,95 | 0,97 | 1,01 | 1,03 | 1,05 | 1,14 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2011).

Tabela 12 - Classificação dos indicadores em 2011

| | | Péssimo | | Ruim | | Regular | Bom | | Excelente | |
|-------------------------|-------|-----------|----------|----------|----------|---------|----------|----------|-----------|----------|
| | | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil |
| Quanto maior, melhor | LG | 0,92 | 0,96 | 1,10 | 1,17 | 1,24 | 1,27 | 1,34 | 1,46 | 1,59 |
| | LC | 0,70 | 1,21 | 1,47 | 1,66 | 1,78 | 2,08 | 2,15 | 2,54 | 3,05 |
| | RSA | 0,01 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,09 | 0,10 | 0,11 | 0,12 | 0,15 |
| | MLL | 0,00 | 0,02 | 0,03 | 0,04 | 0,06 | 0,07 | 0,09 | 0,10 | 0,14 |
| | | Excelente | | Bom | | Regular | Ruim | | Péssimo | |
| | | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil |
| Quanto menor, melhor | IMOB | 0,01 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,08 | 0,09 |
| | CE | 0,25 | 0,40 | 0,46 | 0,52 | 0,56 | 0,56 | 0,58 | 0,62 | 0,66 |
| | DM | 0,59 | 0,68 | 0,71 | 0,72 | 0,73 | 0,75 | 0,78 | 0,81 | 0,88 |
| | COMBA | 0,83 | 0,87 | 0,90 | 0,92 | 0,94 | 0,96 | 1,00 | 1,04 | 1,08 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2012).

Tabela 13 - Classificação dos indicadores em 2012

| | | Péssimo | | Ruim | | Regular | Bom | | Excelente | |
|-------------------------|-------|-----------|----------|----------|----------|---------|----------|----------|-----------|----------|
| | | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil |
| Quanto maior, melhor | LG | 0,87 | 1,00 | 1,12 | 1,14 | 1,15 | 1,26 | 1,28 | 1,34 | 1,53 |
| | LC | 0,96 | 1,32 | 1,55 | 1,59 | 1,67 | 1,76 | 2,20 | 2,51 | 2,82 |
| | RSA | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,09 | 0,12 |
| | MLL | 0,01 | 0,02 | 0,03 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,06 | 0,09 |
| | | Excelente | | Bom | | Regular | Ruim | | Péssimo | |
| | | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil |
| Quanto menor, melhor | IMOB | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,08 |
| | CE | 0,31 | 0,46 | 0,47 | 0,51 | 0,54 | 0,61 | 0,65 | 0,68 | 0,73 |
| | DM | 0,66 | 0,69 | 0,73 | 0,76 | 0,78 | 0,80 | 0,81 | 0,83 | 0,91 |
| | COMBA | 0,88 | 0,91 | 0,92 | 0,93 | 0,95 | 0,97 | 0,98 | 1,02 | 1,09 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2013).

Tabela 14 - Classificação dos indicadores em 2013

| | | Péssimo | | Ruim | | Regular | Bom | | Excelente | |
|-------------------------|-------|-----------|----------|----------|----------|---------|----------|----------|-----------|----------|
| | | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil |
| Quanto maior, melhor | LG | 0,78 | 0,97 | 1,09 | 1,11 | 1,14 | 1,20 | 1,25 | 1,33 | 1,42 |
| | LC | 1 | 1,27 | 1,38 | 1,46 | 1,515 | 1,65 | 1,85 | 2,125 | 2,67 |
| | RSA | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,05 | 0,07 | 0,08 | 0,11 | 0,15 |
| | MLL | 0,00 | 0,01 | 0,01 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,08 | 0,10 |
| | | Excelente | | Bom | | Regular | Ruim | | Péssimo | |
| | | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil |
| Quanto menor, melhor | IMOB | 0,01 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,06 | 0,07 | 0,10 |
| | CE | 0,31 | 0,46 | 0,54 | 0,58 | 0,63 | 0,67 | 0,74 | 0,76 | 0,80 |
| | DM | 0,72 | 0,73 | 0,74 | 0,76 | 0,78 | 0,79 | 0,82 | 0,86 | 0,88 |
| | COMBA | 0,89 | 0,91 | 0,92 | 0,94 | 0,97 | 0,98 | 1,00 | 1,00 | 1,06 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2014).

Tabela 15 - Classificação dos indicadores em 2014

| | Péssimo | | Ruim | | Regular | Bom | | Excelente | | |
|-----------------------------|------------------|----------|-------------|----------|----------------|-------------|----------|------------------|----------|------|
| | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil | |
| Quanto maior, melhor | LG | 0,76 | 0,93 | 1,00 | 1,16 | 1,22 | 1,29 | 1,30 | 1,36 | 1,43 |
| | LC | 1,04 | 1,29 | 1,395 | 1,515 | 1,56 | 1,67 | 1,73 | 1,93 | 2,16 |
| | RSA | 0,01 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,08 | 0,08 | 0,09 | 0,11 |
| | MLL | 0,01 | 0,02 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,06 | 0,08 | 0,11 |
| | Excelente | | Bom | | Regular | Ruim | | Péssimo | | |
| | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil | |
| Quanto menor, melhor | IMOB | 0,02 | 0,04 | 0,06 | 0,09 | 0,13 | 0,15 | 0,19 | 0,22 | 0,39 |
| | CE | 0,38 | 0,42 | 0,45 | 0,52 | 0,64 | 0,66 | 0,74 | 0,76 | 0,82 |
| | DM | 0,70 | 0,72 | 0,74 | 0,77 | 0,79 | 0,81 | 0,83 | 0,84 | 0,90 |
| | COMBA | 0,84 | 0,88 | 0,91 | 0,92 | 0,95 | 0,96 | 0,98 | 1,05 | 1,09 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2015).

Tabela 16 - Classificação dos indicadores em 2015

| | Péssimo | | Ruim | | Regular | Bom | | Excelente | | |
|-----------------------------|------------------|----------|-------------|----------|----------------|-------------|----------|------------------|----------|------|
| | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil | |
| Quanto maior, melhor | LG | 0,62 | 0,83 | 1,06 | 1,17 | 1,29 | 1,36 | 1,41 | 1,43 | 1,60 |
| | LC | 1,13 | 1,32 | 1,36 | 1,45 | 1,47 | 1,59 | 1,79 | 1,97 | 2,23 |
| | RSA | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,06 | 0,08 | 0,10 | 0,11 | 0,15 |
| | MLL | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,06 | 0,10 | 0,12 |
| | Excelente | | Bom | | Regular | Ruim | | Péssimo | | |
| | 1º Decil | 2º Decil | 3º Decil | 4º Decil | Mediana | 6º Decil | 7º Decil | 8º Decil | 9º Decil | |
| Quanto menor, melhor | IMOB | 0,04 | 0,05 | 0,08 | 0,11 | 0,14 | 0,16 | 0,18 | 0,34 | 0,52 |
| | CE | 0,35 | 0,44 | 0,49 | 0,56 | 0,64 | 0,68 | 0,72 | 0,76 | 0,80 |
| | DM | 0,69 | 0,73 | 0,76 | 0,77 | 0,78 | 0,78 | 0,79 | 0,83 | 0,86 |
| | COMBA | 0,85 | 0,86 | 0,88 | 0,89 | 0,91 | 0,93 | 0,96 | 1,00 | 1,06 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS (2016).

Os dados das tabelas 11-16 quando comparados com a tabela 8, indicam que os indicadores que a avaliam a situação financeira da operadora Unimed Araxá, LG e LC, oscilaram sua classificação na categoria bom ou excelente em todos os anos. O primeiro deles equivalia a 1,3 em 2010 e irá corresponder a 2,71 no ano de 2015, indicando uma melhoria na situação financeira de longo prazo da OPS podendo classificá-lo acima do nono decil. Por outro lado, o indicador de LC que indica a capacidade da operadora em liquidar suas dívidas ou obrigações financeiras no curto prazo, era de 3,98 para a OPS Unimed Araxá em 2010, enquanto que, para as outras empresas que nos servem de comparação era, em média, de 1,84, possibilitando classificá-lo acima do nono decil, como um excelente indicador. Esse indicador em específico, em todos os anos que manteve-se em patamares superiores a 3,5 para essa

OPS, atingindo a marca de 4,18 em 2012, e, 3,76 em 2015, classificando-se sempre acima do nono decil ou de 90% das UnimedS que nos serviram como grupo de comparação.

Para podermos definir que a situação financeira desta OPS era tão boa quanto os indicadores (LG, LC) sinalizam, passamos a analisar seus indicadores de estrutura/ capital. Os indicadores IMOB e CE têm a interpretação do tipo quanto menor, melhor. Diferentemente dos indicadores de liquidez, que mantiveram sua classificação nas categorias bom e excelente, os indicadores IMOB e CE terão oscilações em sua classificação e atingirão a classificação de péssimo (2010), em grande parte explicada por oscilações do IMOB.

Em 2010, a mediana dos indicadores observados no IMOB para as demais cooperativas situou-se em torno de 0,03, enquanto que o da OPS Unimed Araxá atingiu nesse ano 0,16, valor bem superior à mediana do período. Indicando que, neste ano a operadora imobilizou grande parte do seu ativo em ativo permanente, classificando-o como um péssimo indicador. Nos anos 2011, 2012 e 2013 esse indicador manteve sua classificação como bom, no quarto decil, com valores entre 0,03 e 0,04. Em 2014 esse irá corresponder a (0,11), porém ainda inferior à mediana observada para o nosso grupo de comparação (0,13), classificando-se como regular. Em 2015, quando se iniciam as aquisições necessárias a composição do Complexo Hospitalar, este indicador voltará a subir e irá corresponder a 0,24, classificando-se na categoria ruim ou péssima, entre o sétimo e oitavo decil.

Já o indicador CE, excetuando-se o ano de 2015, manteve-se nas categorias bom ou excelente, entre o primeiro e o segundo decil, superior a 50% das UnimedS que nos serviram como grupo de comparação. Porém, a piora observada no IMOB em 2015 também irá se refletir nesse indicador neste ano, classificando-o como um péssimo indicador, no sétimo decil. Nos anos anteriores, os valores observados para este indicador foram respectivamente 0,32; 0,33; 0,32; 0,47 e 0,55, sempre inferiores à mediana do grupo de comparação.

Em se tratando dos indicadores que nos permitem qualificar a situação econômica da operadora, RSA e MLL, o primeiro deles oscilou sua classificação entre bom e excelente entre os anos 2010, 2012, 2013 e 2014, e teve em 2011 e 2015 sua classificação na categoria regular. Esse resultado indica que na maioria dos anos analisados a operadora tinha capacidade de gerar lucros com seus próprios ativos, situando-se acima de 50% das UnimedS aqui comparadas. Por outro lado, o indicador MLL, que permite apurar se a operadora conseguiu converter uma maior proporção de suas receitas (contraprestações efetivas) em lucro teve um resultado melhor que a mediana do nosso grupo de comparação, permitindo

classificá-lo como excelente em cinco dos seis anos analisados. Somente em 2015, esse indicador irá se classificar como um bom indicador (0,07), no sétimo decil, enquanto que, nos anos anteriores, situava-se entre o oitavo e nono decil, superior a 80% das outras Unimed aqui comparadas.

No que tange ao desempenho da operadora, temos dois indicadores definidos pela ANS, O DM e o COMBA. O DM da Unimed Araxá irá oscilar sua classificação entre o primeiro, segundo e terceiro decil, nas categorias excelente, bom e regular. Esse indicador sinaliza que as despesas assistências dessa OPS são financiadas, em média, com 70% de suas receitas com contraprestações efetivas com planos de saúde.

Já o indicador COMBA, quando comparado com as outras Unimed indica um desempenho inferior da operadora Unimed Araxá. Este indicador relaciona todas as despesas da operadora, não somente as assistências, com as receitas de comercialização de planos de assistência à saúde e o resultado financeiro líquido do período. Em 2010, esse é era classificado como bom (0,95), vindo a classificar-se como ruim em 2011 (0,96), péssimo em 2012 (1,04) e 2013 (1,09), melhorando significativamente nos dois últimos anos, 2014 e 2015, inserindo-se na categoria excelente.

Feita a classificação dos indicadores da OPS Unimed Araxá através da técnica de indicador-padrão, iremos, na próxima seção, avaliá-los pela técnica de análise vertical, a qual se aplica ao BP e a DRE dessa operadora entre os anos 2010 e 2015. Além disso, de posse das informações do seu Relatório de Gestão, poderemos dizer se essa operadora se adequou as normas do Plano de Contas Padrão da ANS.

4.4 Avaliação dos Indicadores da Unimed Araxá a partir do Plano de Contas Padrão

Nessa seção analisamos a classificação dos indicadores da OPS Unimed Araxá a partir do seu relatório de gestão e da análise vertical de seu Balanço de Patrimonial e da Demonstração do Resultado de Exercício entre os anos 2010 e 2015. Notamos que em todo o período a auditoria contábil seguiu os padrões de escrituração das contas determinado pela ANS atentando-se as resoluções normativas RDC nº 38 de 2000, RN nº 27 de 2002, RNº 2003, RN Nº 290/2012 e respeitando o CPC, abordados nessa pesquisa. A auditoria foi realizada de forma clara e concisa atentando-se para eventuais acontecimentos que alterassem a estrutura das contas da OPS.

Pela análise feita na seção anterior, conseguimos classificar os indicadores dessa operadora a partir da comparação com demais empresas do ramo e notamos que essa sempre manteve seus indicadores econômicos e financeiros em categorias denominadas boas ou excelentes. Para realizarmos a análise vertical das contas do BP devemos dividir cada conta dessa demonstração pelo ativo e pelo passivo a fim de obter a participação relativa dessa. Já para a DRE, é necessário considerar a receita líquida da operadora como fixa no ano, e calcular a participação das demais receitas e despesas incorridas no exercício. As tabelas 17 e 18 trazem os coeficientes obtidos para o Balanço Patrimonial e para a Demonstração do Resultado do Exercício no período de análise.

Tabela 17 - Coeficientes obtidos pela análise vertical do Balanço Patrimonial - Unimed Araxá (2010-2015)

| BALANÇO PATRIMONIAL EM 31 DE DEZEMBRO | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| ATIVO | | | | | | |
| | 31/12/2010 | 31/12/2011 | 31/12/2012 | 31/12/2013 | 31/12/2014 | 31/12/2015 |
| ATIVO CIRCULANTE | 70,7 | 79,5 | 82,8 | 81,0 | 84,8 | 72,4 |
| Disponível | 6,4 | 7,2 | 5,0 | 6,4 | 5,2 | 2,2 |
| Realizável | 64,3 | 72,3 | 77,8 | 74,6 | 79,6 | 70,2 |
| Aplicações Financeiras | 50,8 | 58,2 | 62,3 | 58,0 | 64,2 | 57,1 |
| Aplicações Garantidoras de Provisões técnicas | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3,7 | 5,1 | 5,4 |
| Aplicações Livres | 50,8 | 58,2 | 62,3 | 54,3 | 59,1 | 51,7 |
| Créditos de operações com planos de Assistência à Saúde | 9,2 | 5,2 | 6,8 | 7,1 | 7,8 | 6,4 |
| Não relacionados com Planos de saúde da Operadora | 0,0 | 4,0 | 4,4 | 4,4 | 3,5 | 2,4 |
| Créditos tributários e Previdenciários | 0,0 | 1,7 | 2,3 | 2,9 | 1,9 | 2,2 |
| Bens e títulos a Receber | 3,0 | 3,1 | 2,0 | 2,2 | 2,2 | 1,9 |
| Ativo não circulante | 29,3 | 20,5 | 17,2 | 19,0 | 15,2 | 27,6 |
| Realizável a longo Prazo | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,0 | 0,8 | 0,6 |
| Depósitos Judiciais e Fiscais | 0,0 | 1,3 | 1,2 | 1,0 | 0,8 | 0,6 |
| Investimentos | 15,7 | 2,8 | 2,7 | 3,6 | 3,3 | 3,3 |
| Participações societárias em Rede Assistencial não Hospitalar | 15,7 | 2,8 | 2,7 | 3,6 | 3,3 | 3,3 |
| Imobilizado | 12,2 | 16,5 | 13,2 | 14,4 | 11,1 | 23,7 |
| Imóveis de uso Próprio | 10,0 | 11,7 | 10,2 | 13,0 | 9,7 | 7,7 |
| Imobilizado de Uso Próprio | 1,5 | 4,7 | 3,0 | 1,0 | 0,5 | 1,3 |
| Imobilizações em curso | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,9 | 14,7 |
| TOTAL DO ATIVO | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| PASSIVO | | | | | | |
| PASSIVO CIRCULANTE | 17,76 | 20,70 | 19,82 | 21,40 | 21,83 | 16,87 |
| Provisões técnicas de Operações de Assistência à Saúde | 12,86 | 10,33 | 9,53 | 11,22 | 12,63 | 11,47 |
| Provisões de Prêmios/ Contraprestações | 0,00 | 15,25 | 13,58 | 11,22 | 12,63 | 11,47 |

| | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Provisões de Prêmio/ Contraprestação Não Ganha – PPCNG | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,86 | 1,85 | 1,88 |
| Provisão de Eventos a Liquidar para SUS | 8,96 | 6,92 | 6,50 | 0,54 | 0,55 | 0,50 |
| Provisão de Evento a Liquidar para Outros Prestadores de Serviços Assistenciais | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5,32 | 5,19 | 3,78 |
| Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados | 3,90 | 3,41 | 3,04 | 3,49 | 5,04 | 5,31 |
| Débitos de Operações de Assistência à Saúde | 0,01 | 0,00 | 0,01 | 0,02 | 0,01 | 0,02 |
| Débitos de Operações de Assis. À Saúde não Rel. com Planos de Saúde da Operadora | 0,00 | 3,12 | 3,59 | 4,29 | 3,50 | 2,59 |
| Tributos e encargos sociais a recolher | 2,30 | 2,70 | 2,98 | 2,85 | 3,05 | 2,87 |
| Débitos Diversos | 1,85 | 4,41 | 3,59 | 3,01 | 2,63 | 2,78 |
| Conta Corrente de Cooperados | 0,05 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,00 |
| Empréstimos e Financiamentos a pagar | 0,12 | 0,13 | 0,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| PASSIVO NÃO CIRCULANTE | 38,28 | 41,90 | 42,33 | 24,34 | 18,03 | 7,90 |
| Exigível a Longo Prazo | 37,60 | 41,90 | 42,33 | 24,34 | 18,03 | 7,90 |
| Provisões Jurídicas | 1,19 | 41,48 | 42,33 | 24,34 | 18,03 | 7,90 |
| PATRIMÔNIO LÍQUIDO | 43,96 | 37,39 | 37,85 | 54,26 | 60,14 | 75,23 |
| Capital Social | 19,46 | 19,44 | 19,50 | 18,32 | 15,94 | 13,39 |
| Reservas | 8,87 | 10,76 | 11,23 | 29,59 | 35,00 | 57,20 |
| Reservas de Lucros/ Sobras/ Retenção de Superávits | 8,87 | 10,76 | 11,23 | 29,59 | 35,00 | 57,20 |
| Lucros/ Prejuízos - Superávits/ Déficits Acumulados ou Resultado | 7,48 | 7,19 | 7,11 | 6,35 | 9,20 | 4,64 |
| TOTAL DO PASSIVO | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Relatório de Gestão da Unimed Araxá 2010- 2015.

Tabela 18 - Coeficientes obtidos pela análise vertical da Demonstração do Resultado do Exercício - Unimed Araxá (2010-2015)

| DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| Outras Receitas Operacionais de Planos de Assistência à Saúde | 0,00 | 4,69 | 4,45 | 29,35 | 11,73 | 8,77 |
| RESULTADO BRUTO | 113,17 | 111,27 | 113,49 | 221,88 | 164,38 | 65,03 |
| Despesas de Comercialização | -2,30 | -3,58 | -3,35 | -4,99 | -7,54 | -5,91 |
| Despesas Administrativas | -93,13 | -95,51 | -123,11 | -175,54 | -110,80 | -48,05 |
| Outras Receitas Operacionais | 40,68 | 38,33 | 69,02 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Despesas Operacionais | -35,12 | -30,13 | -29,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Provisão para Perdas Sobre Créditos | -2,41 | -1,58 | -1,42 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras | -32,71 | -28,55 | -28,56 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Resultado financeiro Líquido | 10,15 | 13,35 | 9,84 | 12,49 | 15,76 | 28,27 |
| Receitas Financeiras | 17,74 | 22,08 | 19,01 | 26,43 | 24,39 | 29,15 |
| Despesas Financeiras | -7,59 | -8,73 | -9,17 | -13,94 | -8,63 | -0,88 |
| Resultado Patrimonial | 0,95 | 0,12 | 0,47 | -0,73 | 0,08 | 0,00 |
| Receitas Patrimoniais | 3,92 | 0,12 | 0,47 | 0,80 | 0,08 | 0,00 |
| Despesas Patrimoniais | -2,97 | 0,00 | 0,00 | -1,52 | 0,00 | 0,00 |
| RESULTADOS ANTES DOS IMPOSTOS E PARTICIPAÇÕES | 34,40 | 33,86 | 36,37 | 53,12 | 61,88 | 39,34 |
| RESULTADO LÍQUIDO | 34,40 | 33,86 | 36,37 | 53,12 | 54,29 | 23,25 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Relatório de Gestão da Unimed Araxá 2010- 2015.

A análise vertical do Balanço Patrimonial da Operadora Unimed Araxá ao longo dos anos analisados nos permite afirmar que seu Ativo Circulante, que corresponde à disponibilidade de gerar recursos em prazo inferior a 12 meses, sempre se manteve entre 70% e 80% do ativo total. Ao mesmo tempo, o seu Passivo Circulante – obrigações financeiras vincendas em prazo inferior a 12 meses – situou-se em patamares próximos a 20% do Passivo Total da Operadora, sendo o maior coeficiente verificado em 2014, quando esse corresponde a 21,83%.

Observamos que no Ativo Circulante, a subconta Aplicações Financeiras Livres, teve uma expressiva elevação no período. Em 2010, essa correspondia a 51,72% do ativo total, alcançando a proporção de 62,4% em 2012. Essa subconta juntamente com as Aplicações Financeiras de Provisões Técnicas, destinadas ao FUNDO DE INVESTIMENTO FI – SAÚDE SUPLEMENTAR RF – LP, aplicado junto à Caixa Econômica Federal, como uma exigência da ANS, se elevam ao longo dos anos analisados.

O seu ativo imobilizado, também tem uma tendência crescente ao longo do período. A primeira variação, ocorrida em 2011, foi em decorrência da conclusão da compra do Centro de Diagnóstico por imagem, iniciada em 1996, transformado em uma filial da cooperativa. A conclusão dessa transação permitiu uma elevação do Ativo Imobilizado em 4,46% nesse ano, enquanto que a conta, participações societárias em Rede Assistencial não Hospitalar reduziu-se em aproximadamente 13%.

Para 2015, quando comparado com os anos anteriores, a maior observação deve ser feita ao Ativo Imobilizado, que como proporção do Ativo Total, representa 23,69%. Isso se deve pela subconta Imobilização em Curso, a qual foi criada e destinada a aquisições destinadas ao Complexo Hospitalar. Essa subconta inexistia nos primeiros exercícios aqui analisados (2010-2012), representando 0,31% no ano de 2013 e veio a atingir a proporção de 14,69% em 2015.

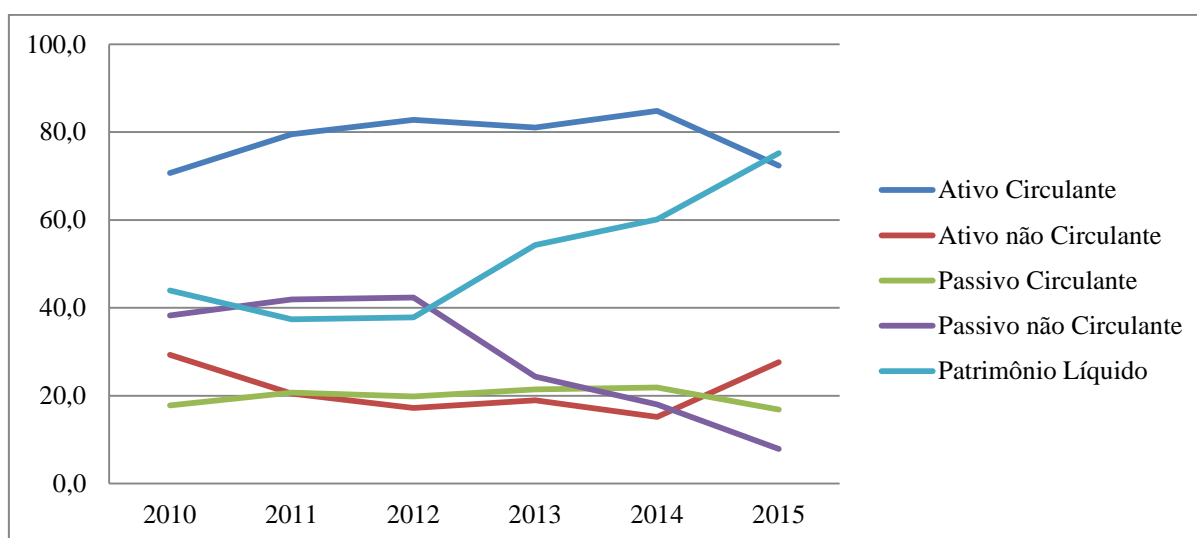
No Passivo, o Passivo Circulante da Operadora tem uma grande participação da subconta Provisões Técnicas de Operações de Assistência à Saúde – Provisão de Prêmio e Contraprestação Não Ganha, Provisão de Eventos a Liquidar para o SUS, Provisão de Eventos a Liquidar para outros Prestadores de Serviços Assistenciais, Outras provisões Técnicas, Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados (PEONA). Nota-se que nos anos iniciais a Provisão de Eventos a Liquidar para o SUS tem participação entre 6,5% e 8,9%, reduzindo-se para níveis próximos de 0,5% nos anos posteriores. A subconta PEONA,

Provisão de Eventos Ocorridos, porém não avisados à Cooperativa, cujo valor é calculado com base em 8,5% das contraprestações líquidas dos últimos 12 meses ou 10% dos eventos indenizáveis conhecidos, dos dois o maior, tem sua participação elevada. De 3,9% em 2010, essa irá compor em 2015, 5,31% do total do passivo da operadora.

O Exigível de Longo Prazo, indicado no Passivo não Circulante, composto por provisões jurídicas, tem sua participação reduzida ao longo dos anos, indicando uma redução nas obrigações financeiras de longo prazo da operadora. Esse, no ano inicial de nossa análise, representava 38,8% do Passivo Total da OPS e se reduz para 7,9%. Tal fato é explicado pela finalização de ações judiciais movidas contra ela em períodos anteriores, as quais essa teve que cumprir realizando desembolsos.

O Patrimônio Líquido da operadora, constituído por capital social (quota-partes dos cooperados) e reservas eleva sua proporção de 43,9% (2010) para 75,23% (2015). Esse fato ocorre principalmente pelo aumento das Reservas, em especial da subconta Reserva de Lucros/ superávits. Entre 2010-2012, essa subconta mantinha proporções próximas a 10% do Passivo Total, e em 2013, atinge o patamar de 29,59%, 35%, em 2014 e 57,20%, em 2015. O Capital Social da Cooperativa tem sua proporção reduzida, aproximadamente 19,46% nos três anos iniciais, alcançando o patamar de 13,4% em 2015. O gráfico 6 traz a evolução das principais contas aqui abordadas.

Gráfico 6 - Análise Vertical do Balanço Patrimonial Unimed Araxá 2010 – 2015



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Relatório de Gestão da Unimed Araxá 2010- 2015.

Em se tratando da DRE, observa-se que as despesas administrativas como percentual das receitas líquidas com a operação de planos de assistência à saúde mantêm-se em patamares próximos a 95% nos dois anos iniciais. Essa subconta irá sofrer uma elevação considerável nos anos posteriores, principalmente em 2013, quando atinge o percentual de 175,4%. Os índices negativos, superiores a receita líquida, retratam o percentual de prejuízo da operadora. Porém, concomitante ao prejuízo incorrido com as despesas administrativas ocorreu uma elevação nas Aplicações Financeiras Livres da OPS, demonstrada na análise vertical do seu BP.

A subconta provisão para perdas sobre créditos representava em 2010, 2,41% das receitas líquidas e irá decrescer, tornando-se pouco significativa para o resultado operacional da operadora. Os valores lançados nessa subconta correspondem a provisões para contratos inadimplentes há mais de 60 dias. Dessa forma, pode-se dizer que os contratos dessa operadora, em sua maioria, são quitados regularmente.

As receitas financeiras crescem de 17,74% (2010), para 29,15% (2015), como resultado do aumento das aplicações financeiras da operadora, contabilizadas no ativo circulante, que também tem uma tendência crescente no período.

Para o resultado patrimonial, suas receitas e despesas no primeiro ano correspondiam a respectivamente, 3,92% e 2,97% do seu resultado financeiro líquido. Em 2011, como resultado da conclusão da compra do Centro de Diagnóstico por Imagem, essas irão reduzir sua participação como percentual das receitas líquidas mantendo-se em níveis próximos a 0%. Embora tenha havido a partir de 2013 um crescimento no Ativo Imobilizado e no Patrimônio Líquido da Operadora, as aquisições realizadas eram destinadas ao Complexo Hospitalar, que iniciou suas operações em setembro de 2017, não sendo passível de geração de receitas/despesas.

O Lucro Líquido da Operadora irá crescer significativamente nos três anos iniciais da análise e decrescer nos anos posteriores. Essa redução se deve pelo aumento nas Reservas de Lucros/ Sobras/ Retenção de Superávits, que de 11,23% (2012) irá atingir 57,2% (2015). Os valores destinados a essa subconta, de acordo com os Relatórios de Gestão da Operadora, eram para custear os investimentos necessários para a construção do Hospital. Ao nos atermos para as receitas líquidas da operadora, notamos que essas, em 2010 correspondiam a R\$17.375.320,00 e irão atingir em 2015 R\$ 45.940.192,00, representando um crescimento superior a 200% em apenas seis anos.

4.5 Análise das Estratégias da Unimed Araxá

A escolha por esse estudo de caso surgiu da capacidade da operadora Unimed Araxá conseguir levantar aportes financeiros para construção de um hospital durante um período de seis anos (2010-2015) através de uma subconta que até então era inexistente. A empresa iniciou suas atividades antes da implantação da regulamentação e teve suas atividades afetadas por ela, porém, os resultados apresentados pelos indicadores e pela análise vertical das suas demonstrações nos mostram um bom desempenho da operadora.

No entanto, o resultado de sua análise econômico-financeira não é apenas devido ao cumprimento das exigências de escrituração das contas, mas também das estratégias empresariais adotadas, abordadas no capítulo 1. Pela teoria de Porter, observamos que a empresa busca posicionar sua estratégia frente ao ambiente externo procurando definir seus pontos fortes e fracos, seu poder de barganha com os fornecedores e compradores, que no âmbito dessa empresa dizem respeito aos médicos cooperados e beneficiários.

Por se situar em um município pequeno a operadora possui o monopólio na comercialização de planos de saúde em âmbito local, o que lhe confere uma posição de liderança e /ou vantagem perante seus compradores e fornecedores. Porém, a decisão dela de iniciar suas atividades em um novo ramo partiu da sua visão externa de mercado. A operadora tinha que pagar a terceiros os atendimentos médicos de seus beneficiários e esses nem sempre tinham a melhor infraestrutura disponível.

Essa decisão partilha também aspectos da visão VBR. Os fornecedores da operadora são seus próprios cooperados, os quais atuam na tomada de decisão da firma. Esses, sabendo dos recursos internos disponíveis e das dificuldades enfrentadas ao trabalhar em um ambiente terceirizado, puderam influenciar e considerar atrativo o novo negócio. Dizer que seria um novo negócio talvez não seja uma boa afirmativa, dado que os médicos sabem das condições necessárias para ofertar determinado tipo de serviço (infraestrutura, materiais, medicamentos) e podemos dizer que eles tinham conhecimento tácito, que lhes colocava em situação estável no longo prazo.

Logo, a classificação boa ou excelente dos indicadores da Unimed Araxá são decorrentes da sua trajetória histórica e das decisões de seus cooperados e administradores. A implantação do Plano de Contas Padrão, em 2000, não impactou nas contas dessa, mas pelo contrário, ajudou-a a levantar maiores aportes financeiros no longo prazo. Hoje a operadora

goza do benefício de ser a única ofertante de planos privados de assistência à saúde no município, com uma rede de prestadores que cresce todos os anos. Quando da decisão de gerar recursos para a construção do hospital, a OPS sabia do ambiente externo, dos pontos fortes e fracos da empresa, como também das variações do mercado que impactariam na estratégia adotada. Mas, sabia também da capacidade de seus cooperados e da acreditação de seus beneficiários na marca Unimed, que no momento da adoção da estratégia já operava há mais de vinte e cinco anos no município mineiro.

Quanto ao nosso grupo de comparação, não podemos dizer o mesmo, pois não estudamos as condições históricas de cada integrante devido à metodologia empregada na pesquisa e dos limites para o acesso as informações. Porém, sabemos que o nosso objeto de estudo tem a maioria da sua carteira de planos composta por planos do tipo coletivos empresariais, que tem mensalidade quitada regularmente e não possuem ações judiciais movidas contra essa. Fatores esses que podem ser um indicador da aceitação dessa empresa no mercado local.

Neste capítulo apresentamos o histórico da OPS Unimed Araxá, os principais tipos de planos comercializados por ela ao longo dos 26 anos de existência (1989-2015), a metodologia que permitiu avaliar seu desempenho econômico-financeiro entre 2010-2015 e as estratégias empresariais adotadas que lhe permitem bons resultados.

Observamos através da técnica de indicador-padrão que essa teve bons ou excelentes indicadores durante o período. Na análise vertical, que se restringiu apenas ao BP e na DRE, notou-se que houve uma elevação significativa na subconta Aplicações Financeiras, do seu Ativo, e no Patrimônio Líquido, do Passivo. No que compreende ao seu Lucro Líquido, observou-se que a redução na proporção da Receita Líquida não era consequência da atividade da operadora, mas sim da criação da subconta Retenção de Lucro/Sobras/Superávits, que permitiu que essa criasse aportes financeiros para construção do Hospital. No próximo capítulo deste trabalho, Considerações Finais, iremos dizer se de fato, conseguimos alcançar nosso objetivo geral e averiguar nossa hipótese de pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou analisar o desempenho econômico-financeiro da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed Araxá a partir do Plano de Contas Padrão da ANS, entre os anos 2010 e 2015. Podemos dizer que esse objetivo geral foi alcançado.

Porém, para o alcance do mesmo, foi necessário todo um esforço analítico sobre os aspectos econômico-financeiros da regulação da ANS, iniciada no ano 1998 e concretizada em 2000. Foi imprescindível que construíssemos uma linha de raciocínio que nos conduzisse para o alcance do nosso objetivo geral, como também da averiguação de nossa hipótese de pesquisa – a operadora Unimed Araxá possui estratégias competitivas que lhe permitem bons indicadores econômico-financeiros.

No capítulo 1, observamos que a regulamentação do setor de saúde comparada com a regulação de outros setores da economia brasileira, de fato foi tardia. A não citação dos limites da atuação da iniciativa privada, quando da elaboração da Constituição Federal Brasileira em 1988, permitiu que os agentes que já atuavam nesse mercado se organizassem ainda mais para tornar a regulamentação mais difícil. Entendemos que o setor de saúde, tanto em âmbito público como privado, precisa sempre procurar ofertar o melhor serviço ao indivíduo e isso justifica a ação do órgão regulador.

O serviço saúde é considerado um serviço de bem estar individual, capaz de se refletir em outros setores da economia, como também ser por esses afetado. A regulação em si, foi motivada principalmente para não onerar os consumidores desses serviços, mas o âmbito privado do sistema já estava bem organizado. Como citado, desde os anos 1920, já haviam rede de convênios entre empresas e médicos para a prestação de serviços privados aos funcionários de multinacionais. A regulação logrou muito em conseguir definir as obrigações contratuais e de cobertura das operadoras já em 2000.

A implantação do DIOPS, que recai principalmente sobre a área contábil da OPS limitou a atuação dos agentes privados desse mercado, em especial, quanto à recepção de lucros extraordinários da atividade. A ANS, através desse documento pôde averiguar todas as receitas e despesas incorridas pela atividade. O segmento de seguradoras, que também atua na prestação desse serviço, teve sua obrigatoriedade no envio das contas um pouco mais tardia que os outros três segmentos abordados, porém não isento dessa. O órgão regulador obteve um grande êxito em conseguir agrupar em um único documento os diversos segmentos de

operadoras existentes, como também reunir tantas informações que são recebidas trimestralmente.

O segmento de Cooperativas de Trabalho Médico, que engloba nosso objeto de pesquisa possui a particularidade de não objetivar lucro e de basear suas atividades sobre princípios que vão além do modo de produção capitalista. Os princípios cooperativistas nos levam a considerar que essas entidades são muito mais do que uma organização empresarial. Os médicos que as formam ou se unem para prestar serviços de saúde à determinada população local, levam em consideração o ambiente que a integra e as pessoas que os auxiliam na prestação desses serviços. Os princípios de Intercooperação; Educação; Promoção do Desenvolvimento são, a nosso ver, revertidos do princípio de redistribuição de renda.

Hoje, o segmento de cooperativas brasileiro é marca referência no mundo e está presente em mais de 80% do território nacional, configurando-se no maior e mais organizado segmento que presta esse serviço à população brasileira. O serviço de intercâmbio é um grande propulsor desse resultado.

No que tange a aspectos econômico-financeiros, a Unimed do Brasil consegue acompanhar a evolução do desempenho de suas operadoras antes mesmo da intervenção da ANS, através do recebimento das informações do DIOPS e do desenvolvimento de indicadores que permitem a avaliação do Sistema. Nosso objeto de pesquisa, Unimed Araxá, nos disponibilizou seus relatórios de gestão dos anos 2010-2015. Os relatórios aqui utilizados foram realizados pela auditoria externa e enviada a ANS ao final do exercício social, e, no caso dessas empresas, após a realização da Assembleia Geral Ordinária.

Podemos dizer que essa operadora, em todos os anos analisados, cumpriu as exigências para a formulação do seu Relatório de Gestão, respeitando as resoluções expedidas para confecção do Plano de Contas. Para a avaliação dos indicadores, empregamos duas técnicas – indicadores-padrão e análise vertical.

A análise pela técnica de indicador-padrão, dos indicadores de desempenho econômico-financeiro da OPS Unimed Araxá entre 2010 e 2015, nos permite afirmar que a operadora possui indicadores bons ou excelentes em grande parte do período analisado. Ao longo dos anos, os indicadores que compõem sua avaliação financeira – LG, LC, IMOB e CE – têm sua variação de classificação ocasionada principalmente pelos indicadores de estrutura/capital, em grande medida pelo IMOB. Quanto à análise dos indicadores da situação econômica - RSA e MLL -, na maioria dos anos analisados esses são classificados como bons

ou excelentes quando comparados com outras empresas do ramo. Os dois indicadores de desempenho operacional nem sempre se situaram em categorias superiores a mediana do grupo, principalmente o COMBA. O DM para essa operadora foi sempre menor que a mediana observada, tendo sua classificação variando entre as categorias regular, bom e excelente. Já o COMBA, em dois dos seis anos analisados, se inseriu na categoria péssimo(2012 e 2013), porém, nos anos finais da análise há uma melhora que se mantém.

A análise vertical do BP da OPS Unimed Araxá nos demonstrou que seu Ativo Circulante sempre se manteve próximo a 80% do Ativo Total, enquanto que, seu Passivo Circulante esteve em torno de 20% do Passivo Total. Esses indicadores nos demonstram que a OPS possuía nesses anos, capacidade de se financiar a curto prazo com recursos próprios.

O Passivo não Circulante da OPS, que também nos permite avaliar sua situação financeira (a longo prazo), obteve uma significativa melhora no período. Esse fato, explica a classificação dos indicadores de situação econômica de LG e LC na categoria bom ou excelente. A análise vertical da DRE nos demonstrou que a atividade da operadora foi lucrativa em todos os anos considerados, permitindo-lhe uma média de lucro acima de 30% do seu Resultado das Operações com Planos de Saúde (receita líquida), mesmo que nos anos iniciais houvesse uma elevação nas despesas administrativas.

Quanto a hipótese aqui empregada, podemos dizer que foi corroborada. A empresa possui conhecimento tácito na prestação de serviços de assistência e saúde e é marca referência no ramo. O Sistema Unimed é revestido de uma capacidade de monopólio, principalmente em pequenos municípios, que vem sendo expandida após a política de verticalização empregada, justificada pela construção dos hospitais. Logo, torna-se imprescindível que os médicos se credenciem para o exercício da profissão.

Sabendo disso, dizemos que a tomada de decisão da firma, em construir um hospital, foi feita a partir da análise do ambiente externo buscando limitar ainda mais a possibilidade de entrada de um concorrente. Por serem os próprios cooperados da cooperativa que prestam o serviço de saúde a população, eles mesmos sabem da necessidade de seus pacientes e também da limitação que eles encontram em ofertar determinado serviço.

Diante disso, dizemos que no caso da OPS Unimed Araxá, o Plano de Contas Padrão da ANS juntamente com as estratégias empresarias adotadas ao longo dos anos de existência da regulamentação a permitiram criar condições operacionais que se refletem em um bom desempenho econômico-financeiro.

REFERÊNCIAS

ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL – ACI (2017). **Cooperativismo: História do Cooperativismo**. Disponível em:

<<http://cooperativismodecredito.coop.br/cooperativismo/historia-do-cooperativismo/alianca-cooperativa-internacional/>>. Acesso em: out. 2017.]

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (2017a). **Planos e operadoras: Informações e Avaliações de Operadoras: Consultar dados e planos da Operadora**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/consultar-dados>>. Acesso em jun. 2017.

_____ (2017b). **Glossário Temático da Saúde Suplementar: DIOPS**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/glossario/?view=termo&id=145>>. Acesso em: jun. 2017.

_____ (2017c). **Dados do setor: Dados e indicadores do setor**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: set. 2017.

_____ (2017d). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_marco_2017.pdf> . Acesso em: set. 2017.

_____ (2017e). **Perfil do setor: Dados e indicadores do setor: sala de situação**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: set. 2017.

_____ (2016a). Anuário: **Aspectos Econômico- Financeiros das Operadoras de planos de saúde**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/anuario-aspectos-economico-financeiros-das-operadoras-de-plano-de-saude?highlight=WyJhbnVcdTAwZTFyaW8iXQ>> Acesso em jun. 2017.

_____ (2016b). **Glossário Temático da Saúde Complementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/glossario/?view=termo&id=230&historico=&highlight=WyJwbGFubyIsInBsYW5vcyIsInBsYW5hIiwicGxhbiIsInBsYW5uaW5nIiwicGxhbnMiLCJyZWZlclx1MDBlYW5jaWEiLCJyZWZlclx1MDBlYW5jaWFzIiwicmVmZXJlbnNpYW1lbnRvIiwicmVmZXJlbnNpYWRhIiwicmVmZXJlbnNpYWRvcyIsInJlZmVyZW5jaWFkbyIsInJlZmVyZW5jZWQiLCJwbGFubyByZWZlclx1MDBlYW5jaWEiXQ>>. Acesso em: 07. Nov. 2016.

_____ (2015). Anuário: **Aspectos Econômico- Financeiros das Operadoras de planos de saúde**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/anuario-aspectos-economico-financeiros-das-operadoras-de-plano-de-saude?highlight=WyJhbnVcdTAwZTFyaW8iXQ>> Acesso em jun. 2017.

_____ (2014). **Anuário: Aspectos Econômico- Financeiros das Operadoras de planos de saúde**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/anuario->

aspectos-economico-financeiros-das-operadoras-de-plano-de-saude?highlight=WyJhbnVcdTAwZTFyaW8iXQ> Acesso em jun. 2017.

_____ (2013). **Anuário: Aspectos Econômico- Financeiros das Operadoras de planos de saúde.** Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/anuario-aspectos-economico-financeiros-das-operadoras-de-plano-de-saude?highlight=WyJhbnVcdTAwZTFyaW8iXQ>> Acesso em jun. 2017.

_____ (2012a). **Anuário: Aspectos Econômico- Financeiros das Operadoras de planos de saúde.** Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/anuario-aspectos-economico-financeiros-das-operadoras-de-plano-de-saude?highlight=WyJhbnVcdTAwZTFyaW8iXQ>> Acesso em jun. 2017.

_____ (2012b). **Anexo I: Plano de Contas Padrão: Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.** Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/anexo_in24_diope.pdf>. Acesso em: jun. 2017.

_____ (2012c). Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera o artigo 4º e o inciso I do artigo 5º, todos da Instrução Normativa Conjunta nº2, de 7 de julho de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 26, de 1º de abril de 2003; a RN nº 126, de 11 de maio de 2006; a RN nº 143, de 2 de janeiro de 2007; o § 1º do artigo 1º da RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009; a RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011; a Instrução Normativa - IN/DIOPE nº 1, de 30 de agosto de 2002; a IN/DIOPE nº 19, de 2 de setembro de 2008; a IN/DIOPE nº 21, de 19 de novembro de 2008; a IN/DIOPE nº 26, de 30 de março de 2009; a IN/DIOPE nº 29, de 19 de junho de 2009; a IN/DIOPE nº 32, de 11 de setembro de 2009; a IN/DIOPE nº 37, de 22 de dezembro de 2009; a IN/DIOPE nº 41, de 30 de março de 2010; a IN/DIOPE nº 42, de 7 de junho de 2010; a IN/DIOPE nº 43, de 5 de julho de 2010 e a IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011. **Resolução Normativa – RN Nº 290, de 27 de fevereiro de 2012.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTk2MA==>>. Acesso em: out. de 2017.

_____ (2012d). Dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea "e" do inciso XLI do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; revoga a RN nº 199, de 07 de agosto de 2009; e dá outras providências. **Resolução Normativa – RN Nº 307, de 22 de outubro de 2012.** Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=MjI4MQ==>>. Acesso em: jan. 2018.

_____ (2012e). Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga a RDC nº 47, de 3 de janeiro de 2001, e a RN nº 52, de 14 de novembro de 2003. **Resolução Normativa – RN Nº 316, de 30 de novembro de 2012.** Disponível em: <

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjMxNA==>>. Acesso em: jan. 2018.

_____. (2011). **Anuário: Aspectos Econômico- Financeiros das Operadoras de planos de saúde**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/anuario-aspectos-economico-financeiros-das-operadoras-de-plano-de-saude?highlight=WyJhbnVcdTAwZTFyaW8iXQ>> Acesso em jun. 2017.

_____. (2003a). Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS, para Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. **Resolução Normativa – RN nº 27, de 1 de Abril de 2003**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NTc4>>. Acesso em: out de 2017.

_____. (2003b). Dispõe sobre a utilização do terceiro código na estrutura das contas do Plano de Contas Padrão aplicável às sociedades seguradoras especializadas em saúde. **Instrução Normativa – IN nº 2 , de 2 de novembro de 2003 da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzIz>> . Acesso em: out. de 2017.

_____. (2003c). Dispõe sobre os Regimes Especiais de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e das Seguradoras Especializadas em Saúde. **Resolução Normativa, RN nº 52, de 14 de novembro de 2003**. Acesso em: jan. 2018.

_____. (2002). Dispõe sobre a Revisão do Plano de Contas Padrão ANS. **Resolução Normativa – RN Nº 3, de 18 de Abril de 2002**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NjAy>>. Acesso em: out. de 2017.

_____. (2001). **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 43 p.

_____. (2000). Institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – OPS. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgy>>. Acesso em out. de 2017.

ARAÚJO, C. M (2004). Estudo para Elaboração do Manual de Procedimentos do Diretor Fiscal de Operadoras de Planos de Saúde para Regimes Especiais. Rio de Janeiro, 2004, 146p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5476/2/721.pdf>> . Acesso em: jan. 2018.

ARRETCHE, M. T. S. (2009). **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo**. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 40 p. 111- 141. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712>>. Acesso em: jun. 2017.

ASSAF NETO, A. (2015). **Estrutura e Análise de Balanços: um enfoque econômico-financeiro**. Editora Atlas, São Paulo, 11ª Edição.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB (2017). **Quem somos**. Disponível em: <<https://amb.org.br/apresentacao/>>. Acesso em: nov. 2017.

BAHIA, L.; VIANA, A. (2002). **Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Define a Política Nacional do Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5764.htm>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976**. Dispõe sobre as sociedades por ações. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6404compilada.htm>. Acesso em jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.638, de 28 de dezembro de 2007**. Altera e revoga dispositivos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, e da Lei nº 6.385, de 7 de dezembro de 1976, e estende às sociedades de grande porte disposições relativas à elaboração e divulgação de demonstrações financeiras. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11638.htm> . Acesso em jun. 2017.

CAMARGOS, M. A; BARBOSA, F. V. (2005). **Análise do desempenho econômico-financeiro e da criação de sinergias em processos de fusões e aquisições do mercado brasileiro entre 1995 e 1999**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 12, n.2, p. 99- 115, abril/junho 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/36520/39241>>. Acesso em: nov. 2016.

CENTRAL NACIONAL UNIMED (2016). **Quem somos: Sistema Unimed**. Disponível em: <<http://www.centralnacionalunimed.com.br/web/institucional/sistema-unimed>>. Acesso em 24 nov. 2016.

DUARTE, C. M. R. (2003). **Modelo Organizacional da Unimed: Estudo de caso sobre Medicina Suplementar**. Rio de Janeiro, 304 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4358/2/183.pdf>> . Acesso em: mai. 2017.

FEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR (2016). **Entenda o setor**. Disponível em: <<http://www.cnseg.org.br/fenasaude/sobre-o-setor/>>. Acesso em 26 jul. 2016

FREITAS, M. B; GOULARTE, L.L (2017). **Análise comparativa dos Indicadores Econômicos- Financeiros dos Maiores Municípios por população das Mesorregiões do RS.** Revista de Auditoria Governança e Contabilidade, Monte Carmelo, v. 5, n. 18, p. 81 – 97/ 2017. Disponível em: < <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/ragc/article/view/908/672> >. Acesso em: abr. 2017.

GERACI, L. S. (2002). **Federalismo fiscal e descentralização na área de saúde: estudo de caso do município de Araraquara – SP (1984 – 2001).** Araraquara, 126 p.

INTERNATIONAL CO-OPERATIVE ALLIANCE – COOP (2017). **World Co-Operative Monitor: Exploring the Co-Operative Economy.** Disponível em: < <https://monitor.coop/en/media/resources>>. Acesso em: nov. 2017.

IUDÍCIBUS, S. de et al. (2010). **Manual de Contabilidade Societária.** São Paulo, Editora Atlas.

KRETZER, J; MENEZES, E. A. (2006). **A importância da Visão Baseada em Recursos na Explicação da Vantagem Competitiva.** Revista de Economia Mackenzie, v. 4, n. 4, p. 66-87. Disponível em: < <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rem/article/view/790/498>>. Acesso em: mar. 2018.

LIMA, L. D. (2007). **Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento de políticas públicas de saúde no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 511-522. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200027>. Acesso em: out. 2016.

MALTA, D. C et al. (2004). **Perspectivas na regulação da saúde suplementar diante dos modelos assistenciais.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433- 444. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf> >. Acesso em: jan. 2017.

MATARAZZO, D. C. (2003). **Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial.** 6. Ed. São Paulo: Atlas.

MIRANDA, I. T. P. et al. (2005). **Os princípios do cooperativismo e as cooperativas de crédito no Brasil.** Maringá Management: Revista de Ciências Empresariais, v. 2, n. 1, p. 7-19, jan. / jun.

MENEGÁRIO, A. H (2000). **Emprego de indicadores sócio-econômicos na avaliação financeira de cooperativas agropecuárias.** Piracicaba, 2000, 121 p. Disponível em <https://www.fearp.usp.br/cooperativismo/tese_alexandre.pdf>. Acesso em: out. 2017.

NITÃO, S. R. V. (2004). **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós- regulamentação.** Rio de Janeiro, 130 p. Disponível em: <<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/nitaosrvvm.pdf>>. Acesso em: out. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS – OCB (2017a). **Cooperativismo: O que é cooperativismo.** Disponível em: <<http://www.somoscooperativismo.coop.br/o-que-e-cooperativismo>>. Acesso em: out. 2017.

_____(2017b). **Cooperativismo: Ramos do Cooperativismo**. Disponível em: <<http://www.somoscooperativismo.coop.br/ramos>>. Acesso em: out. 2017.

PAGNONCELLI, A. M. (2010). **Estratégia Competitiva e eficiência operacional: um estudo de caso do setor de operadoras de planos de saúde no Brasil**. Porto Alegre, 130 p. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30875/000777250.pdf?sequence=1>>. Acesso em: nov. 2017.

PIETROBON, L. et al. (2008). **Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a09.pdf>>. Acesso em: nov. 2017.

PORTAL BRASIL, 2012. **Autarquias integram a administração pública indireta**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/04/autarquias>>. Acesso em 01. Fev. 2017.

RABELO, A. **Estratégia Empresarial: uma análise baseada no modelo de Porter**. Florianópolis, 2002, 111p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/82880/188232.pdf?sequence=1>>. Acesso em: mar. 2018.

SALLES, O. R (2004). **Adaptação das operadoras de saúde de pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS**. Rio de Janeiro, 121 p. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4789/2/728.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

SANTOS, D. F. L. et al. (2011). **A evolução e Limites do Cooperativismo. Estudo de caso: COOPERCAJU**. UNOPAR Cient., Ciênc. Jurid. Empres., Londrina, v. 12, n. 2, p. 65-75. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/juridicas/article/view/907/870>>. Acesso em: out. 2017.

SANTOS, I. S. (2009). **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Rio de Janeiro, 186 p. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25446_Isabela_S_Santos.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

SANTOS, M. A. D; GERSCHMAN, S. (2004). **As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300030>. Acesso em: jan. 2017.

SOARES, M.A. (2006). **Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial**. São Paulo, 122 p. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-15122006-121519/pt-br.php>>. Acesso em: mai. 2017.

UNIMED – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS UNIMEDS (2017a). **Sistema Unimed: Cooperativismo**. Disponível em: < <https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/cooperativismo>>. Acesso em: nov. 2017.

_____ (2016a). **Sistema Unimed: Sustentabilidade: Relatórios: Relatórios de Gestão e Sustentabilidade: Unimed do Brasil: Relatório de Gestão 2016**. Disponível em: < http://www.unimed.coop.br/portalanimed/flipbook/unimed_brasil/relatorio_de_gestao_2016_unimed_do_brasil/>. Acesso em: nov. 2017.

_____ (2016b). Relatório de Sustentabilidade do Sistema Unimed. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/portalanimed/flipbook/unimed_brasil/relatorio_sustentabilidade_2016/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: dez. 2017.

_____ (2014). **Manual do Intercâmbio Nacional**. São Paulo, 190 p.

UNIMED ARAXÁ (2017). **Unimed: Sobre a Unimed**. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=56430&cd_secao=56414>. Acesso em mai. 2017.

_____ (2017b). **Unimed Araxá: Planos**. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=56430&cd_secao=56420>. Acesso em jun. 2017.

_____ (2016). **Relatório de Gestão 2016**. Araxá. Não paginado.

UNIMED FEDERAÇÃO MINAS (2017). **Home: notícias: A sua Unimed participa do Sistema de Inteligência de Negócios da federação?**. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/web/minasgerais/noticias/a-sua-unimed-participa-do-sistema-de-inteligencia-de-negocios-da-federacao->>. Acesso em: dez. 2017

VALOR TRIBUTÁRIO, 2017. **Tributos: Pis/ Cofins**. Disponível em: < <https://www.valortributario.com.br/tributos/pisconfins/>>. Acesso em: jun. 2017

ANEXO A – PLANOS COMERCIALIZADOS PELA OPERADORA UNIMED ARAXÁ ANTERIORES À REGULAÇÃO

| Nº do registro do Plano | Nome comercial do Plano | Segmentação Assistencial | Tipo de Contratação | Abrangência |
|--------------------------------|--------------------------------------|---|----------------------------|---------------------|
| 7601 - 7612 | Novo Uniplan | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7601 - 7612 BAS2 | Novo Uniplan BAS + OPC2 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7601 - 7612 B23 | Novo Uniplan BAS + OPC23 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7601 -7612 BAS234 | Novo Uniplan BAS + OPC 234 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7601 - 7612 BAS34 | Novo Uniplan BAS + OPC 34 | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7601 - 7612 B3 | Novo Uniplan BAS + OPC3 | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 1012 | Novo Uniplan Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1011 | Novo Uniplan Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1010 | Novo Uniplan Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1004 | Novo Uniplan Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1001 | Novo Uniplan Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1011 BAS3 | Novo Uniplan Empresarial BAS + OPC3 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1010 BAS23 | Novo Uniplan Empresarial BAS + 2+ 3 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 7501 -7512 | PIF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou Familiar | Grupo de Municípios |
| 7701 - 7712 | Uniplan | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7701 - 7712 B+2+3 | Uniplan BAS + OPC 23 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7701-7712 B+ 2+ 3 + 4 | Uniplan BAS + OPC 234 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7701 - 7712 B + 3 | Uniplan BAS OPC 3 | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7701 -7712 BAS 34 | Uniplan BAS + OPC 34 | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 7701 - 7712 B+2 | Uniplan BAS OPC 2 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou Familiar | Nacional |
| 1002 | Uniplan Plano Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1006 | Uniplan Plano Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1007 | Uniplan Plano Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1008 | Uniplan Plano Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 6134 | Uniplan Plano Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1009 | Uniplan Plano Empresarial | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1009 BA S2 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1002 BA S2 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1006 BA S2 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 6134 BA S2 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1006 BA S23 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2+ 3 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1002 BA S23 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2+ 3 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1008 BA S2 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2+ 3 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 1008 BA S23 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 2+ 3 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |

| | | | | |
|--------------|-------------------------------------|---|----------------------|----------|
| 6134 BA S23 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 23 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 6134 BA S234 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 234 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |
| 6134 BA S3 | Uniplan Plano Empresarial BAS + 3 | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional |

Fonte: Elaboração Própria a partir de dados da ANS (2017a).

ANEXO B – PLANOS NOVOS DA OPERADORA UNIMED ARAXÁ COM COMERCIALIZAÇÃO SUSPENSÃO A PEDIDO DA OPS OU DA ANS

| Nº do registro do Plano | Nome comercial do Plano | Segmentação Assistencial | Tipo de Contratação | Abrangência | Suspensão |
|--------------------------------|--|---|----------------------------|---------------------|------------------|
| 450095044 | ALIF | Ambulatorial | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 4500097004 1 | ALIJ | Ambulatorial | Coletivo Empresarial | Grupo de Municípios | Operadora |
| 456321072 | Araxapart Apartamento Adesão Estadual SP | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Por Adesão | Estadual | Operadora |
| 437437021 | Araxapart c/ Obstet apart co-participação p física | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 437435025 | Araxapart c/ Obstet apart co-participação p jurídica | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Grupo de Municípios | ANS |
| 437436023 | Araxapart c/ obstet enfermaria co-participação p física | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 437434027 | Araxapart c/ Obstet enfermaria co-participação p jurídica | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Grupo de Municípios | ANS |
| 469734131 | Plano Famcbmm | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Por Adesão | Estadual | Operadora |
| 463610104 | Plano Medicoop | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Por Adesão | Estadual | Operadora |
| 436312014 | Uniaraxá co-participação Apart. c/ Obstetrícia - PJ | Referência | Coletivo Empresarial | Estadual | ANS |
| 414463995 | Uniaraxá Múltiplo Obstétrico Apart. PF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 434507010 | Uniaraxá Múltiplo Obstétrico co-participação Apart. PF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 434506011 | Uniaraxá Múltiplo Obstétrico co-participação Enfer. PF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 414462997 | Uniaraxá Múltiplo Obstétrico Enfer. PF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 414465991 | Uniaraxá Múltiplo s/ Obstetrícia Apart. | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 43450916 | Uniaraxá Múltiplo s/ Obstetrícia co-participação Apart. PF | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |

| | | | | | |
|-----------|--|---|------------------------|---------------------|-----------|
| 434508018 | Uniaraxá Múltiplo s/ Obstetrícia Co-participação Enfer. PF | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 414464993 | Uniaraxá Múltiplo s/ Obstetrícia Enfermaria - PF | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou familiar | Grupo de Municípios | Operadora |
| 414471996 | Uniaraxá total Obstétrico Apartamento PJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Grupo de Municípios | Operadora |
| 414470998 | Uniaraxá Total Obstétrico Enfermaria PJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Grupo de Municípios | Operadora |
| 414472994 | Uniaraxá Total s/ Obstetrícia Enfermaria PJ | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Grupo de Municípios | Operadora |
| 418953991 | Uniaraxá Uniplan Múltiplo Obstétrico Apartamento PF | Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia | Individual ou familiar | Nacional | Operadora |
| 418955998 | Uniaraxá Uniplan Múltiplo s/ Obstetrícia Apartamento PF | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou familiar | Nacional | Operadora |
| 418954990 | Uniaraxá Uniplan Múltiplo S/ Obstetrícia Enfermaria PF | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Individual ou familiar | Nacional | Operadora |
| 418963999 | Uniaraxá Uniplan Total s/ Obstetrícia Apartamento PJ | Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia | Coletivo Empresarial | Nacional | ANS |

Fonte: elaboração própria a partir de dados da ANS (2017a).

ANEXO C – RELAÇÃO DOS INDICADORES DE UNIMEDS DE MÉDIO PORTE DA FEDERAÇÃO MINAS 2010 – 2015

| Indicador/Unimed | LG | | | | | | LC | | | | | | IMOB | | | | | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
| Barbacena | 1,44 | 1,43 | 1,44 | 1,49 | 1,55 | 1,55 | 1,56 | 1,53 | 1,53 | 1,66 | 1,72 | 2,3 | 0,1 | 0,09 | 0,01 | 0,02 | 0,01 | 0,01 |
| Conselheiro Lafaiete | 1,08 | 1,01 | 0,85 | 0,88 | 0,91 | 1,04 | 1,17 | 1,1 | 0,87 | 0,9 | 0,74 | 1,01 | 0,16 | 0,17 | 0,06 | 0,05 | 0,04 | 0,04 |
| Curvelo | 1,39 | 1,3 | 1,19 | 0,97 | 0,93 | 0,89 | 1,7 | 1,5 | 1,61 | 1,27 | 1,34 | 1,26 | 0,12 | 0,13 | 0,03 | 0,05 | 0,08 | 0,08 |
| Itaúna | 1,42 | 1,35 | 1,31 | 1,26 | 1,27 | 1,29 | 2,47 | 2,64 | 3,09 | 3,41 | 1,56 | 1,64 | 0,01 | 0,02 | 0,01 | 0,07 | 0,06 | 0,03 |
| Lavras | 1,55 | 1,36 | 1,34 | 1,56 | 1,52 | 1,68 | 1,96 | 1,7 | 1,69 | 2,35 | 2,08 | 2,34 | 0,04 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,02 |
| Patos de Minas | 1,3 | 1,28 | 1,2 | 1,14 | 1,18 | 1,17 | 2,11 | 2,22 | 2,22 | 2,3 | 2,56 | 3,85 | 0,03 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 |
| São João Del Rei | 1,65 | 1,43 | 1,4 | 1,31 | 1,63 | 1,46 | 2,34 | 1,74 | 1,9 | 1,68 | 2,14 | 2,25 | 0,05 | 0,05 | 0,04 | 0,04 | 0,03 | 0,03 |
| Três Corações | 0,61 | 0,75 | 0,69 | 1,11 | 1,22 | 1,08 | 1,36 | 1,85 | 2,03 | 2,91 | 3,3 | 2,81 | 0,49 | 0,01 | 0,35 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| Pará de Minas | 1,32 | 1,18 | 1,11 | 1,14 | 1,26 | 1,15 | 1,48 | 1,31 | 1,23 | 1,36 | 1,66 | 1,55 | 0,16 | 0,21 | 0,03 | 0,03 | 0,03 | 0,03 |
| Ubá | 1,04 | 0,96 | 0,96 | 1,02 | 0,97 | 0,94 | 1,97 | 2,01 | 1,5 | 1,83 | 1,84 | 2,39 | 0,17 | 0,16 | 0,08 | 0,09 | 0,09 | 0,1 |
| Governador Valadares | 0,63 | 0,9 | 1,1 | 1,15 | 1,14 | 1,06 | 1,45 | 2,1 | 1,38 | 1,68 | 2,07 | 1,67 | 0,47 | 0,32 | 0,03 | 0,02 | 0,03 | 0,03 |
| Itajubá | 1,41 | 1,25 | 1,13 | 0,84 | 0,79 | 0,69 | 1,44 | 1,28 | 1,31 | 1,01 | 1,08 | 0,83 | 0,2 | 0,23 | 0,06 | 0,08 | 0,08 | 0,08 |
| Montes Claros | 1,2 | 1,14 | 1,08 | 1,13 | 1,06 | 0,94 | 1,08 | 0,98 | 0,85 | 0,8 | 0,66 | 1,04 | 0,05 | 0,06 | 0,02 | 0,02 | 0,01 | 0,01 |
| Poços de Caldas | 2,15 | 2,16 | 2,19 | 2,3 | 2,06 | 1,63 | 1,62 | 1,53 | 1,49 | 1,57 | 0,31 | 0,88 | 0,18 | 0,21 | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,01 |
| São Lourenço | 1,13 | 1,17 | 1,21 | 1,29 | 1,25 | 1,16 | 1,32 | 1,3 | 1,43 | 1,61 | 1,37 | 1,35 | 0,12 | 0,14 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,03 |
| Sete Lagoas | 1,27 | 1,29 | 1,29 | 1,36 | 1,34 | 1,17 | 1,36 | 1,59 | 1,8 | 2,1 | 2,16 | 2,01 | 0,05 | 0,05 | 0,11 | 0,07 | 0,11 | 0,11 |
| Teófilo Otoni | 0,64 | 0,76 | 1,15 | 1,26 | 1,34 | 1,4 | 1,31 | 1,64 | 2,82 | 2,66 | 2,8 | 3,06 | 0,54 | 0,45 | 0,02 | 0,01 | 0,01 | 0,02 |
| Uberaba | 1,41 | 1,3 | 1,11 | 1,13 | 1,15 | 1,04 | 1,87 | 1,48 | 1,38 | 1,55 | 1,66 | 1,48 | 0,1 | 0,12 | 0,06 | 0,04 | 0,04 | 0,06 |
| Vale do Aço | 0,52 | 0,6 | 0,71 | 0,86 | 0,95 | 0,86 | 1,45 | 1,72 | 2,52 | 2,72 | 3,64 | 4,97 | 0,61 | 0,54 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Varginha | 1,02 | 0,98 | 0,98 | 1,26 | 1,39 | 1,09 | 0,97 | 0,98 | 1,13 | 1,55 | 2,52 | 2,37 | 0,15 | 0,08 | 0,09 | 0,08 | 0,07 | 0,02 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Anuário Aspectos Econômico-Financeiros da ANS.

| Indicador/Unimed | CE | | | | | | RSA | | | | | | ML | | | | | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
| Barbacena | 0,72 | 0,75 | 0,74 | 0,68 | 0,66 | 0,56 | 0,04 | 0,08 | 0,07 | 0,07 | 0,09 | 0,05 | 0,03 | 0,06 | 0,06 | 0,04 | 0,06 | 0,04 |
| Conselheiro Lafaiete | 0,66 | 0,64 | 0,58 | 0,49 | 0,5 | 0,38 | 0,1 | 0,09 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,02 | 0,05 | 0,05 | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,01 |
| Curvelo | 0,75 | 0,8 | 0,69 | 0,64 | 0,56 | 0,53 | 0,08 | 0,14 | 0,15 | 0 | 0,01 | 0,01 | 0,05 | 0,09 | 0,07 | 0 | 0 | 0 |
| Itaúna | 0,48 | 0,42 | 0,34 | 0,29 | 0,66 | 0,64 | 0,12 | 0,08 | 0,06 | 0,07 | 0,08 | 0,07 | 0,19 | 0,11 | 0,08 | 0,09 | 0,11 | 0,11 |
| Lavras | 0,63 | 0,64 | 0,64 | 0,53 | 0,56 | 0,55 | 0,18 | 0,01 | 0 | 0,14 | 0,1 | 0,18 | 0,11 | 0,01 | 0 | 0,08 | 0,05 | 0,1 |
| Patos de Minas | 0,55 | 0,53 | 0,52 | 0,47 | 0,43 | 0,29 | 0,1 | 0,08 | 0,08 | 0,02 | 0,04 | 0,02 | 0,12 | 0,11 | 0,1 | 0,03 | 0,04 | 0,02 |
| São João Del Rei | 0,5 | 0,5 | 0,55 | 0,52 | 0,55 | 0,46 | 0,16 | 0,09 | 0,13 | 0,03 | 0,19 | 0,16 | 0,1 | 0,06 | 0,1 | 0,02 | 0,14 | 0,11 |
| Três Corações | 0,22 | 0,23 | 0,2 | 0,23 | 0,23 | 0,23 | 0 | 0 | 0 | 0,03 | 0,12 | 0,01 | 0 | 0 | 0 | 0,04 | 0,14 | 0,01 |
| Pará de Minas | 0,76 | 0,74 | 0,75 | 0,67 | 0,61 | 0,58 | 0,13 | 0,07 | 0,14 | 0,09 | 0,09 | 0,15 | 0,09 | 0,04 | 0,08 | 0,04 | 0,03 | 0,05 |
| Ubá | 0,45 | 0,4 | 0,53 | 0,46 | 0,44 | 0,32 | 0,02 | 0,03 | 0,07 | 0,04 | 0,03 | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,05 | 0,03 | 0,02 | 0,01 |
| Governador Valadares | 0,42 | 0,42 | 0,79 | 0,65 | 0,54 | 0,63 | 0,02 | 0,05 | 0,05 | 0,09 | 0,14 | 0,09 | 0,02 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,08 | 0,05 |
| Itajubá | 0,93 | 0,92 | 0,81 | 0,8 | 0,71 | 0,63 | 0,07 | 0,06 | 0,16 | 0,02 | 0,04 | 0,02 | 0,04 | 0,03 | 0,09 | 0,01 | 0,02 | 0,01 |
| Montes Claros | 0,69 | 0,66 | 0,58 | 0,46 | 0,36 | 0,16 | 0,05 | 0,05 | 0,01 | 0,04 | 0 | 0 | 0,03 | 0,04 | 0 | 0,04 | 0 | 0,01 |
| Poços de Caldas | 0,78 | 0,76 | 0,76 | 0,73 | 0,62 | 0,46 | 0,06 | 0,04 | 0,05 | 0,06 | 0,04 | 0,02 | 0,06 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,03 | 0,02 |
| São Lourenço | 0,64 | 0,65 | 0,62 | 0,54 | 0,59 | 0,57 | 0,04 | 0,1 | 0,08 | 0,13 | 0,12 | 0,14 | 0,02 | 0,06 | 0,05 | 0,07 | 0,06 | 0,08 |
| Sete Lagoas | 0,82 | 0,73 | 0,64 | 0,57 | 0,56 | 0,52 | 0,03 | 0,03 | 0,02 | 0,01 | 0,16 | 0,03 | 0,01 | 0,02 | 0,01 | 0,01 | 0,09 | 0,02 |
| Teófilo Otoni | 0,35 | 0,45 | 0,4 | 0,47 | 0,47 | 0,45 | 0,01 | 0,11 | 0,02 | 0,11 | 0,1 | 0,1 | 0,01 | 0,1 | 0,01 | 0,1 | 0,09 | 0,12 |
| Uberaba | 0,72 | 0,83 | 0,74 | 0,64 | 0,57 | 0,55 | 0,09 | 0,07 | 0,02 | 0,02 | 0 | 0,01 | 0,06 | 0,04 | 0,01 | 0,01 | 0 | 0 |
| Vale do Aço | 0,35 | 0,35 | 0,28 | 0,32 | 0,26 | 0,17 | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,04 | 0,05 | 0,03 | 0,04 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,05 |
| Varginha | 0,56 | 0,45 | 0,84 | 0,72 | 0,13 | 0,1 | 0,03 | 0,01 | 0,02 | 0,03 | 0,11 | 0,04 | 0,02 | 0,01 | 0,02 | 0,04 | 0,13 | 0,05 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Anuário Aspectos Econômico- Financeiros da ANS.

| Indicador/Unimed | DM | | | | | | COMBA | | | | | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
| Barbacena | 0,82 | 0,8 | 0,79 | 0,79 | 0,74 | 0,81 | 0,93 | 0,92 | 0,93 | 0,91 | 0,89 | 0,95 |
| Conselheiro Lafaiete | 0,77 | 0,84 | 0,91 | 0,83 | 0,82 | 0,82 | 0,88 | 0,95 | 1,04 | 0,97 | 0,94 | 0,96 |
| Curvelo | 0,79 | 0,74 | 0,75 | 0,88 | 0,82 | 0,75 | 0,93 | 0,91 | 0,94 | 1,09 | 1,02 | 0,98 |
| Itaúna | 0,5 | 0,54 | 0,69 | 0,64 | 0,55 | 0,5 | 0,81 | 0,83 | 0,91 | 0,87 | 0,76 | 0,71 |
| Lavras | 0,75 | 0,83 | 0,84 | 0,75 | 0,79 | 0,77 | 0,87 | 0,97 | 0,99 | 0,91 | 0,97 | 0,93 |
| Patos de Minas | 0,76 | 0,79 | 0,71 | 0,8 | 0,75 | 0,84 | 0,84 | 0,83 | 0,83 | 0,93 | 0,94 | 1,03 |
| São João Del Rei | 0,76 | 0,82 | 0,74 | 0,82 | 0,71 | 0,7 | 0,89 | 0,96 | 0,9 | 0,97 | 0,85 | 0,88 |
| Três Corações | 0,66 | 0,7 | 0,79 | 0,73 | 0,66 | 0,8 | 0,85 | 0,9 | 1 | 1 | 0,89 | 1,06 |
| Pará de Minas | 0,75 | 0,79 | 0,73 | 0,78 | 0,77 | 0,8 | 0,85 | 0,91 | 0,87 | 0,95 | 0,93 | 0,95 |
| Ubá | 0,78 | 0,73 | 0,76 | 0,8 | 0,71 | 0,68 | 0,95 | 0,99 | 0,97 | 0,97 | 0,91 | 0,92 |
| Governador Valadares | 0,86 | 0,81 | 0,86 | 0,77 | 0,71 | 0,85 | 0,97 | 0,94 | 1 | 0,95 | 0,9 | 1,03 |
| Itajubá | 0,96 | 0,96 | 0,89 | 0,97 | 0,94 | 0,94 | 1,08 | 1,08 | 1 | 1,08 | 1,06 | 1,1 |
| Montes Claros | 0,84 | 0,9 | 0,86 | 0,65 | 0,69 | 0,68 | 1 | 1,09 | 1 | 0,93 | 1,09 | 1,19 |
| Poços de Caldas | 0,78 | 0,79 | 0,78 | 0,81 | 0,78 | 0,79 | 0,92 | 0,95 | 0,97 | 0,98 | 0,97 | 0,99 |
| São Lourenço | 0,78 | 0,75 | 0,74 | 0,73 | 0,72 | 0,74 | 1,04 | 1,06 | 1,07 | 1,04 | 1,05 | 1,04 |
| Sete Lagoas | 0,71 | 0,71 | 0,72 | 0,66 | 0,63 | 0,66 | 0,88 | 0,9 | 0,92 | 0,88 | 0,83 | 0,88 |
| Teófilo Otoni | 0,79 | 0,72 | 0,8 | 0,7 | 0,73 | 0,77 | 0,89 | 0,84 | 0,91 | 0,81 | 0,82 | 0,87 |
| Uberaba | 0,71 | 0,69 | 0,77 | 0,67 | 0,72 | 0,73 | 0,86 | 0,86 | 0,96 | 0,91 | 0,93 | 0,89 |
| Vale do Aço | 0,78 | 0,84 | 0,87 | 0,77 | 0,54 | 0,53 | 0,99 | 1,04 | 1,1 | 0,93 | 1,02 | 1,02 |
| Varginha | 0,85 | 0,89 | 0,72 | 0,93 | 0,93 | 0,95 | 1,1 | 1,17 | 0,9 | 1,16 | 1,17 | 1,18 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Anuário Aspectos Econômico-Financeiros da ANS.