

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**LILIANA ARAÚJO DANTAS**

**GOVERNANÇA CORPORATIVA COMO INSTRUMENTO DE SOLVÊNCIA NAS  
OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**São Paulo  
2020**

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**LILIANA ARAÚJO DANTAS**

**GOVERNANÇA CORPORATIVA COMO INSTRUMENTO DE SOLVÊNCIA NAS  
OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

São Paulo  
2020

Liliana Araújo Dantas

**GOVERNANÇA CORPORATIVA COMO INSTRUMENTO DE SOLVÊNCIA NAS  
OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde, da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa

**São Paulo  
2020**

Dantas, Liliana Araújo.

Governança corporativa como instrumento de solvência nas operadoras de saúde suplementar. / Liliana Araújo Dantas. 2020. 91 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa.

1. Governança corporativa. 2. Agências reguladoras. 3. Cultura organizacional. 4. Solvência.

I. Barbosa, Antonio Pires.

II. Título.

CDU 658:616

**LILIANA ARAÚJO DANTAS**

**GOVERNANÇA CORPORATIVA COMO INSTRUMENTO DE SOLVÊNCIA NAS  
OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

---

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

---

Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

---

Profa. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim – Membro Externo

---

Ms. Natasha Dejigov Monteiro da Silva – Profissional de Mercado

São Paulo, 29 de junho de 2020.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação às pessoas que dão sentido à minha vida.

Aos meus pais, Michelina e Valdemar, principais responsáveis por minha formação pessoal e acadêmica.

A pessoa mais fantástica que Deus colocou em minha vida, que além de filha, é amiga especial e parceira nos desafios e nas conquistas, Viviane.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço, primeiramente, a Deus pela dádiva da vida, por guiar-me, iluminar-me e dar-me tranquilidade para seguir em frente com a minha missão de vida e objetivos pessoais e profissionais.

Agradeço ao professor Dr. Antonio Pires Barbosa pelas orientações, paciência, incentivo e conselhos valiosos. Por compartilhar seu conhecimento e sua experiência com serenidade, que nortearam a execução desta dissertação.

Agradeço a professora Dra. Márcia Cristina Zago Novaretti pelos ensinamentos durante todo o mestrado, em especial por nos acompanhar no módulo internacional a Georgetown University que proporcionou uma experiência rica e única, tanto pelo fato de vivenciarmos o mundo acadêmico em Washington DC como por proporcionar observar outra cultura.

Agradeço as preciosas considerações da banca pelas contribuições essenciais ao trabalho. Aos colegas do mestrado, por compartilhar não somente o conhecimento, mas as angústias e as alegrias.

Agradeço também a Universidade Nove de Julho e Capes, pela concessão da bolsa.

## RESUMO

**Introdução:** A evolução histórica mundial é acompanhada por mudanças. Uma delas, foi o surgimento de Boas Práticas de Governança Corporativa a fim de padronizar e otimizar os processos objetivando a perenidade das empresas. No entanto, na área da saúde, ainda não são todas as operadoras que adotaram essas práticas. **Objetivo:** Demonstrar a contribuição da Governança Corporativa e o monitoramento dos indicadores de desempenho para contribuir para a solvência das operadoras de saúde suplementar. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa quantitativa e exploratória baseada na triangulação de dados econômico-financeiros de 25 operadoras de saúde suplementar, com mais de 100 mil beneficiários, que adotaram Governança Corporativa. Os dados foram comparados com indicadores médios calculados por meio das informações das Demonstrações Financeiras, disponíveis no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resultados:** As 25 empresas analisadas apresentaram indicadores acima da média geral. **Conclusão:** A aplicação dos princípios e pilares de Governança Corporativa nas estratégias e conduta corporativa pode contribuir para a perenidade e saúde financeira das operadoras de saúde suplementar.

**Palavras-chave:** Governança Corporativa, Agências Reguladoras, Cultura Organizacional, Solvência.



## ABSTRACT

**Introduction:** World historical evolution is accompanied by changes. One of them was the emergence of Good Corporate Governance Practices in order to standardize and optimize processes aiming at the longevity of companies. However, in the healthcare area, many companies have not yet adopted these practices. **Objective:** To demonstrate the contribution of Corporate Governance and the analysis of indicators in order to increase the solvency of supplementary healthcare operators. **Methodology:** This is a quantitative and exploratory research based on the triangulation of economic and financial data from 25 supplementary health operators, with more than 100 thousand beneficiaries, which have adopted Corporate Governance. The data were compared with the average of indicators calculated using information from the Financial Statements, available on the website of Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Results:** The 25 companies analyzed presented indicators above the general average. **Conclusion:** The application of the principles and pillars of Corporate Governance in the strategies can contribute to the sustainability and financial health of supplementary health operators.

**Key words:** Corporate Governance, Regulatory Agencies, Organizational Culture, Solvency.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Termômetro de Solvência .....	<b>26</b>
<b>Figura 2</b> Práticas da GC.....	<b>31</b>
<b>Figura 3</b> O Desenvolvimento das Corporações e o Despertar da GC .....	<b>32</b>
<b>Figura 4</b> Sistema de GC.....	<b>33</b>
<b>Figura 5</b> Questões relevantes para os 8Ps da GC .....	<b>34</b>
<b>Figura 6</b> Conflito de interesses – falhas no mercado de saúde suplementar .....	<b>38</b>
<b>Figura 7</b> Pirâmide Etária Brasileira - 2015 .....	<b>39</b>
<b>Figura 8</b> Pirâmide Etária Brasileira - 2050.....	<b>40</b>
<b>Figura 9</b> Risco de Insolvência de Operadoras de Saúde .....	<b>44</b>
<b>Figura 10</b> Efeitos potenciais da Insolvência das Operadoras .....	<b>45</b>
<b>Figura 11</b> Requisitos de Governança Corporativa .....	<b>60</b>
<b>Figura 12</b> Gráfico quantidade beneficiários de planos privados de saúde .....	<b>65</b>
<b>Figura 13</b> Evolução dos registros das operadoras .....	<b>68</b>
<b>Figura 14</b> Gráfico da receita de contraprestação das operadoras .....	<b>69</b>
<b>Figura 15</b> O Ciclo financeiro das operadoras de plano de saúde .....	<b>70</b>
<b>Figura 16</b> Média do IDSS para todas as operadoras .....	<b>72</b>
<b>Figura 17</b> Total operadoras que enviaram informação para ANS, atendendo os requisitos ..	<b>73</b>
<b>Figura 18</b> Total operadoras sem dados publicados pela ANS.....	<b>73</b>
<b>Figura 19</b> IDSS das operadoras que adotaram práticas de GC.....	<b>74</b>
<b>Figura 20</b> Total operadoras com dados publicados pela ANS .....	<b>74</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> Desafios e Soluções da Governança Corporativa .....	<b>31</b>
<b>Tabela 2</b> Normativos que regulam o risco.....	<b>46</b>
<b>Tabela 3</b> Taxa sinistralidade e receita média mensal das operadoras .....	<b>71</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> RN que alteraram as regras de constituição da reserva financeira.....	<b>43</b>
<b>Quadro 2</b> Etapas do delineamento da pesquisa .....	<b>61</b>
<b>Quadro 3</b> Beneficiários de planos de saúde, por cobertura assistencial.....	<b>65</b>
<b>Quadro 4</b> Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano .....	<b>66</b>
<b>Quadro 5</b> Cadastro de operadoras .....	<b>66</b>
<b>Quadro 6</b> Receita de contraprestações das operadoras brasileiras(em Reais) 2010 a 2019....	<b>68</b>
<b>Quadro 7</b> Análise comparativa entre 2009 e 2019 .....	<b>69</b>
<b>Quadro 8</b> Indicadores para as empresas selecionadas que adotam as práticas de GC .....	<b>77</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar**

**CADOP – Cadastro de Operadoras**

**DIOPS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência a Saúde**

**FDA - Food and Drug Administration**

**IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar**

**IFC – Corporação Financeira Internacional**

**OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico**

**OROA – Retorno Operacional sobre Ativos**

**PEA – População Economicamente Ativa**

**PEONA – Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados**

**PQSS – Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**

**PQO – Programa de Qualificação da Operadora**

**RDC – Resolução de Diretoria Colegiada**

**ROA – Retorno sobre Ativos**

**RN – Resolução Normativa**

**ROE – Retorno sobre o Patrimônio Líquido**

**ROI – Retorno sobre Investimento**

**ROS – Retorno sobre Vendas**

**SES – Secretaria do Estado da Saúde**

**SUS- Sistema Único de Saúde**

**TISS – Troca de informação em Saúde Suplementar**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1.	PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
1.2	Questão de Pesquisa.....	17
1.3	OBJETIVOS.....	18
1.3.1	Geral .....	18
1.3.2	Específicos .....	18
1.4	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	18
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	19
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1	CARACTERÍSTICAS DA GOVERNANÇA CORPORATIVA .....	20
2.1.1	Estratégia.....	20
2.1.2	Resistência Interna.....	23
2.1.3	Solvência e Insolvência .....	24
2.1.4	Conceitos e características da Governança Corporativa.....	27
2.2	GOVERNANÇA CORPORATIVA NO MUNDO E NO BRASIL .....	35
2.2.1	Governança Corporativa no mundo.....	35
2.2.2	Governança Corporativa no Brasil .....	35
2.3	CONTEXTO DO SETOR DAS OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	37
2.3.1	Agência Nacional de Saúde (ANS) .....	40
2.3.2	Atuação da Agência Nacional de Saúde .....	41
2.3.3	Qualidade nos processos e influência da agência reguladora.....	55
2.3.4	RN 443/2019 .....	58
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>61</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	61
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	62

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	64
3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	64
<b>4 RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA .....</b>	<b>78</b>
5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS. ....	79
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO - RN 443/2019 .....</b>	<b>86</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A forma de trabalho, sob a ótica da evolução histórica mundial, passou por mudanças, evolução e inovações, tanto em relação aos produtos ou serviços, processos, marketing, gestão e até mesmo no modelo de negócio, chegando ao sistema capitalista que visa explorar os meios de produção e o acúmulo de capital, ganhando assim força no mercado global. Estes fatos geraram novas relações sociais e pessoais, e entre as organizações de saúde não foi diferente, sendo que o capital que era concentrado nas mãos de poucos, foi se pulverizando resultando na separação entre administradores de recursos e propriedades (Bianchi & Nascimento, 2005).

Foi a partir destas mudanças que se iniciaram os conflitos de interesses, o risco de os investimentos dos proprietários não serem bem pagos, ou ocorrerem desvios pela utilização inadequada dos investimentos pelos gestores resultando em críticas da forma como as empresas estavam sendo constituídas, nas quais pessoas confiavam seus recursos para serem gerenciados por terceiros. Na maioria das corporações mundiais isso acontece, nas empresas onde o capital é pulverizado pela oferta de ações para captação de recursos mais baratos, ou até mesmo, em empresas com acionistas controladores com concentração de capital, as decisões de investimento são delegadas a administradores que tomam decisões operacionais e financeiras Smith(1996).

As mudanças na estrutura de propriedades organizacionais levaram a necessidade de criar mecanismos para assegurar a forma de gerenciar empresas e as relações de interesses objetivando minimizar os prejuízos causados pelos conflitos entre propriedade e administração, e desta forma, algumas medidas foram tomadas para que houvesse transparência e igualitarismo a todos os envolvidos e interessados. Jensen & Meckling (1976) pesquisaram sobre o problema de agência e publicaram teoria sobre os inevitáveis conflitos entre os stakeholders (significa público estratégico, ou seja, as partes interessadas) e gestores nas empresas.

Pelo fato da mudança ser um processo natural ao longo da existência das organizações, poderá haver modificação no seu direcionamento estratégico com reavaliação das suas práticas nos diferentes níveis de autoridade e responsabilidade(de Souza et al., 2013). Por este motivo, ao longo da história, foram criados organismos internacionais e códigos com sugestões de melhores práticas preocupando-se com a fiscalização por meio de conselhos de administração, conselhos fiscais e auditorias independentes (Bianchi & Nascimento, 2005).

Diante desse cenário econômico mundialmente dinâmico e competitivo, surgiu a governança corporativa objetivando contribuir coma gestão estratégica do negócio e a monitoração da direção executiva, sugerindo sinergia e interação entre as áreas de Controles Internos, Auditoria Interna, Gestão de Riscos, *Compliance*, Controladoria e demais áreas, assegurando que os



indicadores de performance do resultado reflitam a realidade do negócio contribuindo para a mitigação de riscos (IBGC, 2019).

No Brasil, em 28 de janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, por meio da publicação da Lei nº 9.961, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. Coube à ANS cumprir a Lei no. 9.656/1998, editada em 03 de junho de 1998, sendo a primeira regulamentação específica sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo o status de bem público.

Em 2004, a ANS implantou Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, e alguns indicadores com a finalidade de avaliar a qualidade das operadoras e monitorar a gestão financeira das operadoras assim como minimizar riscos de insolvência. E objetivando dar continuidade ao processo de padronização e otimização dos processos, a ANS publicou, em 25 de janeiro de 2019, a Resolução Normativa (RN) 443, que dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança, com ênfase nos controles internos e gestão de riscos, para fins de garantia de solvência das operadoras do plano de assistência à saúde, sendo obrigatório a partir do início de 2023 (ANS, 2019a).

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os aumentos dos custos da saúde, a ausência de cultura de boas práticas de governança corporativa, e a falta de processos padronizados dificultam a perenização e saúde financeira nas Operadoras de Saúde Suplementar (Bianchi & Nascimento, 2005). Por este motivo, este estudo procura abordar os indicadores utilizados para monitorar a saúde financeira e atender as exigências de adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos para fins de solvência das operadoras de saúde.

## 1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Esta pesquisa busca responder a seguinte pergunta: Como a Governança Corporativa pode contribuir para monitoramento e melhoria do desempenho e do resultado das Operadoras de Saúde Suplementar?

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Geral

Demonstrar a contribuição da governança corporativa e o monitoramento dos indicadores de desempenho para contribuir para a solvência das operadoras de saúde suplementar.

#### 1.3.2 Específicos

Como objetivos específicos, este estudo pretende:

- (a) Explicar sobre a cultura organizacional;
- (b) Apresentar o panorama e a estrutura de Governança Corporativa;
- (c) Apresentar a Governança Corporativa como instrumento para otimização dos processos e contribuição para alavancagem dos resultados por meio da padronização, controles e automatização;
- (d) Identificar os indicadores de desempenho e de resultado das operadoras de Saúde Suplementar para monitorar a solvência da operadora.

### 1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

A maioria de estudos sobre Governança Corporativa foi realizada em empresas de capital aberto de grande porte, todavia em empresas de capital fechado e em operadoras de saúde suplementar, as pesquisas ainda são incipientes(Silveira, 2010).

A Governança Corporativa não pode se restringir as empresas listadas na Bolsa de Valores, ao mercado de capitais, mas sim deve ampliar a sua abrangência também a outros tipos de organizações que fazem parte da Sociedade(VILAR, 2007). Os Hospitais particulares são empresas privadas de grande interesse público, pois complementam o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de fundamental importância para a população e para as diferentes esferas do governo.

A Governança Corporativa é um instrumento que visa mitigar os problemas de agência e aumentar a perenidade das empresas, e portanto parte-se do pressuposto de que a aplicação dos conceitos inseridos nos princípios norteados da Governança Corporativa no dia a dia de uma empresa pode trazer grandes benefícios para o aperfeiçoamento da sua gestão, tornando-a mais eficiente do ponto de vista administrativo, financeiro, comercial e em sua orientação para resultados. A criação de uma governança mais proativa criará uma cultura de disciplina que levará ao círculo virtuoso e contribuirá para a perenidade do negócio(IBGC, 2019).

Este estudo objetiva contribuir para que as Operadoras de Saúde Suplementar tenham instrumentos para monitorar a saúde financeira e fim de garantir a solvência assim como possam atender as exigências da adoção de práticas mínimas de governança corporativa, cujo cumprimento será exigido partir do início do ano de 2023, pela Agência Nacional de Saúde, decorrente da publicação da RN 443/19.

Diante desses aspectos, este estudo se justifica não só do ponto de vista teórico, mas também sob a ótica social, sendo de fundamental importância que se busque mecanismos que garantam a perenidade das empresas por meio das práticas de Governança Corporativa (GC) que objetiva contribuir para o melhor desempenho dessas organizações.

### 1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Quanto à forma, esta dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro é o capítulo introdutório. O segundo capítulo apresenta o referencial teórico utilizado para o embasamento da proposta, abrangendo uma revisão teórica sobre os principais tópicos relacionados ao trabalho, dentre os quais se destacam as características da governança corporativa, evolução no Mundo e no Brasil e está dedicado ao contexto do setor das operadoras de saúde suplementar no Brasil. O terceiro capítulo compreende os procedimentos metodológicos utilizados durante a pesquisa, em especial, este capítulo trata da elaboração das questões de estudo e delineamento da pesquisa, procedimentos da coleta e análise e interpretação dos dados obtidos sob a ótica da literatura pertinente, da Agência Nacional de Saúde, reguladora das operadoras de saúde suplementar, e exigências legais e as limitações do método. O quarto capítulo expressa o resultado da pesquisa, embasada pela teoria correlata e suas recomendações e dados obtidos pela base de dados da Agência Nacional de Saúde. Finalizando, o quinto capítulo traz as considerações finais e contribuições para a prática, consideradas pertinentes às operadoras de saúde suplementar que buscam o alcance da excelência na prestação da assistência e a perenidade e solvência da operadora por meio de práticas de GC. Apresenta também as limitações de pesquisa e sugestões de pesquisas futuras.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CARACTERÍSTICAS DA GC

Este capítulo tem como finalidade fazer uma revisão da literatura geral existente sobre GC. Portanto, inicialmente abordaremos os temas estratégia corporativa e empresarial, resistência interna, solvência e insolvência, para então tratarmos dos conceitos e características da GC.

#### 2.1.1 Estratégia

O estudo da estratégia corporativa e empresarial originou-se na década de 1960 e diversos autores abordam a influência da estratégia militar sobre a estratégia empresarial. Observa-se que Maquiavel, em seu livro do século XVI, já se preocupava com a implementação da estratégia, menos com as guerras e mais com a dominação. Von Clausewitz é considerado o maior inovador da estratégia militar do século XIX, é lembrado pela citação de que boas estratégias são simples, mas difíceis de conceber. Também enfatiza o papel do líder, ao ligar o príncipe ou o general à organização e implementação da “sua guerra” (Tampoe & Macmillan, 2000).

Na década de 1960, a estratégia era focada no planejamento corporativo, sendo que na década de 1970, o foco era diversificação e planejamento de portfólio. Na década de 1980, voltou-se para o negócio central (*core business*), com um desenvolvimento menos analítico e orientado às pessoas e, a partir da década de 1990, os recursos e capacidades organizacionais passaram a ser o foco (Kay et al., 2003).

Como consequência da evolução, as expressões utilizadas para definir o termo estratégia mudaram com o contexto temporal. As mudanças que estão ocorrendo no campo organizacional agora são bastante diferentes das mudanças que ocorreram no passado, onde se predominava um padrão confortável de continuidade (Wood Jr et al., 1994). A teoria acrescenta a existência de alguns fatores que são um tormento para as organizações, tais como demandas dos consumidores, novos competidores, um novo perfil da mão de obra, implementação de recursos da tecnologia da informação, além de muitos outros fatores.

Relevante destacar que as rotinas organizacionais - padrão repetitivo e reconhecível de ações interdependentes, envolvendo múltiplos atores devem ser desenhadas para se alcançar a eficácia nos resultados. Neste mesmo esteio, as rotinas organizacionais vêm demonstrar diretrizes claras sobre o que deverá ser feito, por quem e quando, explicitando-se os benefícios esperados, mapeando-se as possíveis barreiras e as correspondentes ações alternativas (Adams et al., 1985). Assim, toda organização deve se guiar por uma estratégia previamente definida, que pode ser modificada de acordo com as circunstâncias apresentadas.

(Mintzberg (2007) esclarece que não há uma definição única para estratégia, universalmente aceita. Vários autores e dirigentes usam o termo diferentemente; por exemplo, alguns incluem metas e objetivos como parte da estratégia, enquanto outros fazem distinções claras entre elas. Mintzberg acrescentou ainda que o entendimento mais observado ao se indagar o que é uma estratégia, é que: a estratégia é algum tipo de curso de ação conscientemente pretendido, uma diretriz (ou conjunto de diretrizes) para lidar com uma situação. Ou seja, as estratégias têm duas características essenciais: são criadas antes das ações às quais vão se aplicar e são desenvolvidas consciente e propositalmente.

Desta forma, a estratégia pode ser identificada como um pretexto, realmente apenas uma manobra específica para superar um oponente ou concorrente. Por outro lado, também precisamos de uma definição que englobe o comportamento resultante. Assim, propõe-se uma terceira definição: estratégia é um padrão – especificamente, um padrão em uma corrente de ações (Mintzberg, 2007). Sendo assim, a estratégia é consistência no comportamento, pretendido ou não.

Uma organização pode mudar facilmente um único produto ou uma pessoa. Em outras palavras, onde quer que você intervenha nessa equação, tem que mudar tudo que está embaixo. Por exemplo, não faz sentido mudar estrutura sem mudar sistemas e pessoas, ou mudar visão sem repensar posições estratégicas e sem reprojeter programas e produtos. Finalmente, tudo isso pode variar de explícito e formal, até muito implícito e informal. Assim, uma posição estratégica pode ser mais deliberada (formal) ou mais emergente (informal), enquanto que pessoas podem ser mudadas formalmente através da educação ou informalmente através de treinamento e aconselhamento (Mintzberg, 2007).

A análise das estratégias e analogias similares em outros campos fornecem algumas informações essenciais para as dimensões básicas, natureza e projeto das estratégias formais.

- Primeiro, estratégias formais eficazes contêm três elementos essenciais:
  - (a) as metas (ou objetivos) mais importantes a serem atingidas;
  - (b) as políticas mais importantes que orientam ou limitam a ação e
  - (c) as principais sequências de ação (ou programas) que levarão ao cumprimento das metas definidas dentro dos limites estabelecidos. Os recursos devem ser alocados em padrões que garantam recursos suficientes para que todas as forças sejam bem-sucedidas, independentemente de seu custo/ganho relativo.

Segundo, estratégias eficazes se desenvolvem ao redor de alguns poucos conceitos e forças principais, que lhes dão coesão, equilíbrio e foco. Algumas forças são temporárias; outras podem ser mantidas até o fim da estratégia.

Terceiro, a estratégia lida não apenas com o imprevisível, mas também com o desconhecido. Para as principais estratégias empresariais, nenhum analista pode prever as formas precisas por meio das quais todas as forças opositoras vão interagir umas com as outras, ser distorcidas pela natureza ou pelas emoções humanas, ou ser modificadas pela imaginação e reações intencionais de oponentes inteligentes Mintzberg (2007). Outra definição está relacionada na busca de vantagens competitivas, ou seja, considera-se a gestão estratégica como um processo contínuo que envolve esforço dos gestores estratégicos para ajustar a organização ao ambiente onde está inserida, desenvolvendo-se vantagens competitivas. Estas vantagens competitivas permitem que a empresa aproveite oportunidades e minimize ameaças ambientais. A gestão estratégica começa com uma visão do que a empresa é e o que se tornará. Baseado nas suas competências distintivas, implementam-se as estratégias em todos os níveis para realizar as metas da organização, ajustando-a ao ambiente externo.

O dia a dia dos gestores, para os diversos tipos e portes de empresas, é marcado pela tomada de decisões, que podem gerar consequências diversas conforme o contexto de cada organização. Tais decisões deveriam partir de uma visão ampla do ambiente, considerando as características sociais, culturais e políticas deste. Em meio a um ambiente em que a concorrência aumenta e surgem inovações tecnológicas num ritmo acelerado, torna-se imprescindível a necessidade de desenvolver empreendimento com estratégias competitivas adaptadas às necessidades do mercado (Drucker, 2006). Os caminhos para elaboração de uma estratégia competitiva são diversos mas ocorrem situações em que a visão estratégica da empresa é sustentada pelo conhecimento que se detém sobre seu nicho de atuação, e resultando em escolhas inadequadas ou insuficientes.

A essência da formulação de uma estratégia competitiva é relacionar a empresa ao seu meio ambiente, de forma abrangente, interna e externamente, abordando diversos aspectos como os sociais, econômicos, entre outros (Porter, 1986). Historicamente, há alguns casos de empresas que se preocuparam exclusivamente em desempenhar melhor as mesmas atividades que seus concorrentes, sem de fato ter uma estratégia, e, por um período, obtiveram resultados eficazes nas atividades operacionais, e conseqüentemente um bom desempenho econômico-financeiro, mas assim que os concorrentes reagiram, passaram por dificuldades. Desta forma, a estratégia deve ser robusta, construir pontos fortes que diferenciem sua estratégia dos concorrentes, monitorar a rentabilidade, comparando-as com a média dos seus concorrentes objetivando aferir

se adota posturas convencionais e genéricas ou se detém a vantagem competitiva (Porter, 1986). É por meio da estratégia que a empresa posicionará na tomada de decisões, quanto a corporação e a competitividade, para definir o direcionamento da organização, objetivando agir diante das ameaças da concorrência.

### 2.1.2 Resistência Interna

Após falarmos sobre estratégia e mudanças é inevitável abordarmos sobre resistência interna neste estudo pois em toda mudança, seja ela empresarial, profissional ou pessoal há resistência, em pequena ou grande escala. Tanto a literatura acadêmica quanto a gerencial tendem a apontar a resistência à mudança como uma das principais barreiras à mudança bem sucedida, ou seja, resistência é toda e qualquer conduta que objetiva manter o *status quo* em face da pressão para modificá-lo. As mudanças nas organizações devem seguir três etapas: descongelamento do *status quo*, movimento na direção de uma nova condição desejada e recongelamento e padronização da mudança para torná-la permanente (Lewin et al., 1939).

Seguindo esta lógica, os conflitos internos surgidos entre as equipes que realizam etapas distintas no processo de fiscalização podem ser compreendidos como uma fase de descongelamento do *status quo*. E uma das formas de se dissipar a resistência é através da comunicação, pois comunicar as mudanças no processo reduz a resistência. Adicionalmente, recomenda-se a realização de treinamentos para orientação sobre os novos aspectos a serem incorporados utilizando a comunicação objetivando facilitar o aprendizado e a compreensão da necessidade de mudança (Sobral & Campos, 2012).

Se os processos de mudança não tenham sido completos fracassos, também é verdade que poucos tenham sido sucesso total, e a grande maioria dos processos de implantação da mudança situam-se entre esses dois extremos, sucesso ou fracasso (Kotter, 1995). As consequências do fracasso são: perda de tempo, energia e dinheiro, sendo fatores que afetam diretamente a motivação dos gerentes, colaboradores e todos os envolvidos no processo. Por outro lado, o crescimento da receita e maximização do lucro contribuem para impulsionar as corporações a persistir na implantação na mudança, assim como a criação de uma exigência legal, contribuem para iniciá-la.

Em termos práticos, para este estudo observou-se que além da ocorrência de fatores internos e externos conduzindo as operadoras de saúde a uma necessidade de mudança ou de amadurecimento da adoção de mínimas práticas de GC objetivando a sua solvência, surgiu a obrigação de atender as exigências em decorrência da publicação da RN 443/19, pela ANS,

que será abordada em detalhes no capítulo 2.3.3. À vista disso, as operadoras de saúde terão que superar a resistência a adoção de mínimas práticas de GC por força de legislação.

### 2.1.3. Solvência e Insolvência

Analisando a história, observa-se que os estudos de previsão de insolvência tem uma longa tradição, que remonta do início do século XX e deram início ao uso de indicadores financeiros, tendo os primeiros indicadores sido desenvolvidos por Alexander Wall, em 1919 (Nascimento et al., 2011). Os pesquisadores e analistas vem ao longo tempo buscando modelos que possibilitem antecipar e evitar consequências sociais e financeiras relacionadas a falência ou que estejam propensas a apresentar problemas financeiros. Os autores utilizam vários termos, tais como insolvência, quebra, ruína, falência, entre outros, para se referir ao mesmo problema fundamental que é a incapacidade de honrar as obrigações.

A análise financeira e econômica de uma empresa tem por base os dados gerados internamente por ela através da sua contabilidade e apresentados na forma de indicadores contábeis. Os indicadores contábeis, por sua vez, consistem em índices responsáveis por apontar determinada posição da entidade e que, quando analisados em conjunto, proporcionarão uma visão geral da situação financeira da empresa para seus analistas. Do ponto de vista econômico, uma empresa é solvente quando está em condições de fazer frente a suas obrigações correntes e ainda apresenta uma situação patrimonial e uma expectativa de lucros que garantam a sobrevivência desta no futuro.

Verificar periodicamente os índices de solvência da empresa é uma forma de medir a saúde financeira da empresa. A insolvência é um risco a que todas as empresas estão sujeitas, e objetivando manter-se longe deste risco, recomenda-se que cada empresa elabore uma análise financeira, utilizando métodos que permitam avaliar o desempenho financeiro, a fim de identificar fatores negativos que possam acarretar uma posição vulnerável para a empresa, deixando-a propensa ao risco de falência. Por esta razão, a mensuração da insolvência é vista como uma das inúmeras dificuldades às quais as organizações estão suscetíveis, sendo que a análise das demonstrações auxilia na obtenção das informações sobre seu desempenho (Nascimento et al., 2011).

Em 1932, Fitzpatrick utilizou métodos de observação e classificou alguns indicadores de desempenho da empresa em relação a determinado padrão, comparando-os ao longo do tempo (Fitzpatrick, 1932). Beaver (1966) apresentou o primeiro estudo em projeto experimental por meio de técnicas estatísticas univariadas, utilizando os demonstrativos financeiros das empresas analisando uma amostra com 79 empresas que apresentaram problemas de solvência



durante os anos 1954 a 1968, buscando identificar as deficiências destas. Foi seguido por Altman (1968) que fez seu estudo de análise discriminante multivariada, e usou cinco variáveis em seu modelo discriminante, observando as categorias de liquidez, tamanho e rentabilidade (Trill et al., 2008).

Observa-se, na evolução das pesquisas, a preocupação em considerar também que além da inclusão de diversas outras variáveis e dados internos da empresa, os fatores exógenos interferem. Como observado, as pesquisas progrediram ao longo dos anos, abordando uma gama maior de variáveis do que dos trabalhos precursores. Especula-se ainda a possibilidade da inclusão de variáveis externas a empresa, já que existem fatores econômicos que impactam diretamente o resultado da empresa, como por exemplo, políticas econômicas, crescimento e inflação (Rossetti & Andrade, 2012)..

Todos esses modelos de previsão de insolvência foram desenvolvidos a partir de uma determinada amostra colhida em suas respectivas épocas. Dentre esses pesquisadores, neste estudo, a título elucidativo, apresentaremos o Fator de Insolvência de Kanitz. A fórmula do Fator de Insolvência (Kanitz, 1974) resultou de uma pesquisa a partir de informações dos balanços das empresas, obtida por um ferramental estatístico, a saber:

$$\text{Fator de Insolvência} = 0,05x1 + 1,65x2 + 3,55x3 - 1,06x4 - 0,33x5$$

Onde:

x1	ROE	LL / (PL - LL)
x2	LG	(AC + ARLP) / (PC + PELP)
x3	LS	(AC - EST) / PC
x4	LC	AC / PC
x5	DF	(PC + PELP) / PL

Siglas dos indicadores:

ROE – retorno sobre o investimento

LG - liquidez geral

LS – liquidez seca

LC – liquidez corrente

E as demais siglas são:

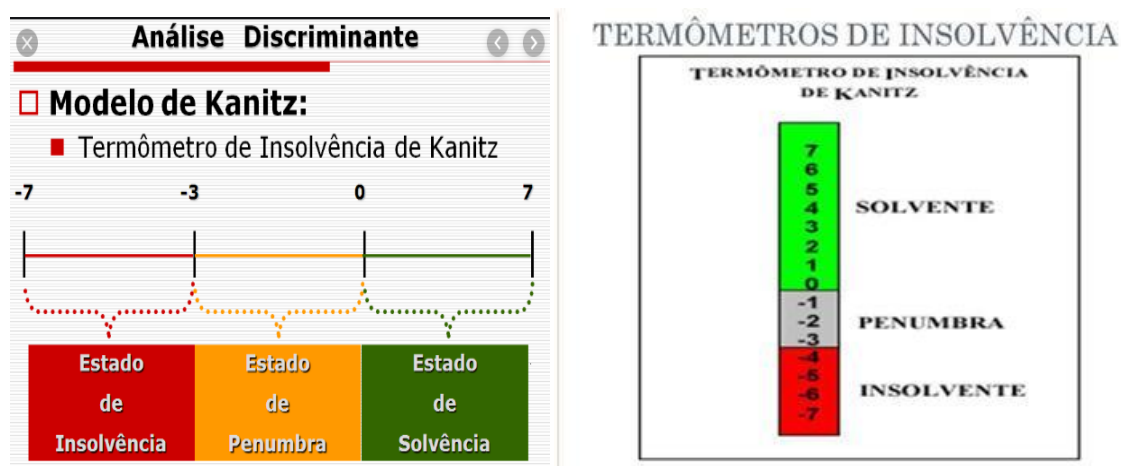
LL          Lucro Líquido  
 PL          Patrimônio Líquido

AC	Ativo Circulante
ARLP	Ativo Realizável a Longo Prazo
PC	Passivo Circulante
PELP	Passivo Exigível a Longo Prazo
EST	Estoque

O resultado desse cálculo denominado Fator de Insolvência determinará uma tendência de uma empresa falir ou não. Para análise do indicador, Kanitz criou uma escala chamada de Termômetro de Insolvência, conforme Figura 1, que indica três situações diferentes:

- Solvente,
- Penumbra e
- Insolvente.

**Figura 1 – Termômetro de Insolvência**



Fonte: Kanitz,1974

Na Figura 1, observa-se que os valores positivos indicam que a empresa em uma situação boa ou "solvente", se for menor do que  $-3$  (três negativo) a empresa se encontra em uma situação ruim ou "insolvente" e que poderá levá-la a falência. O intervalo intermediário, de 0 (zero) a  $-3$  (três negativo), chamada de "penumbra" representa uma área em que o fator de insolvência não é suficiente para analisar o estado da empresa, mas inspira cuidados. Desta forma, uma empresa que possui um fator de insolvência positivo, tem menor possibilidade de vir a falir e essa possibilidade diminuirá à medida que o fator positivo for maior. Ao contrário, quanto menor for o fator negativo maiores serão as chances de a empresa encerrar suas atividades.

Conforme demonstrado, por definição, chamamos de insolvência a situação em que o indivíduo ou a empresa possui mais obrigações a cumprir do que seus rendimentos ou receitas possam cobrir. Desse modo, uma empresa insolvente, por exemplo, não tem condições de pagar o seu endividamento em tempo hábil, o que torna a insolvência um processo bastante complicado, sendo que nessa situação conturbada algumas empresas declaram falência no final de um processo de recuperação judicial mal sucedido.

Os cálculos também têm influência direta com o dono da companhia, o auxiliando a decidir se é necessária a redistribuição de capitais externos e internos. Os índices de solvência também têm interferência essencial em tomadas de atitudes futuras, como, por exemplo, se é possível ter mais despesas ou não em um determinado momento. É importante ressaltar que calcular o índice também passa a credibilidade da empresa aos acionistas e aos credores, o que garante a rentabilidade do negócio e, por consequência, abre mais portas para uma possível expansão da companhia.

Como já citado anteriormente, um índice considerado bom é relativo e muda de setor para setor; então, um modo de se ter uma base é comparando a sua porcentagem com as da concorrência. Não é aconselhável, no entanto, analisar índices de solvência alheios fora de contexto, pois em determinados setores, algumas companhias têm números que provavelmente seriam totalmente inapropriados em outras áreas de atuação. As empresas que normalmente apresentam os índices de solvência mais altos do mercado são as empresas de tecnologia, ao passo que os menores números se encontram com as empresas de serviços públicos, que enfrentam dívidas bem superiores.

Com relação a área da saúde, em novembro de 2009, a ANS realizou o 1º. Encontro de Regulação Econômica objetivando contribuir para a solvência e liquidez das empresas e mitigar os riscos dos planos de saúde, assunto que será detalhado na seção 2.3.1.1. Reforçou sobre a importância da evolução dos controles de insolvência das operadoras e mencionou o caso do descredenciamento da Interclínicas. Comparou o risco das operadoras de saúde com uma venda de opção de compra a um derivativo financeiro, que é um dos instrumentos de maior risco do mercado financeiro, sendo que um dos cálculos do risco da operadora de saúde é baseada em cálculo atuarial probabilístico(ANS, 2019a).

#### 2.1.4 Conceitos e características da GC

Esta sessão de fundamentação teórica é importante pelo motivo de servir de orientação para a análise e interpretação dos dados coletados nesta pesquisa e pelo fato de que a questão conceitual de GC é bem diversificada pelos estudiosos.

A GC pode ser classificada com ênfase na teoria dos stakeholders, e na evolução, principais conceitos e práticas. A historiografia da GC, assim como a evolução do sistema capitalista, são formados por grandes marcos, sendo um desses marcos a Revolução Industrial do século XVIII, introduzindo um conjunto de transformações econômicas e tecnológicas que substituíram a energia física pela mecânica, a ferramenta pela máquina e a manufatura pela fábrica (Rechtman et al., 2004).

Algumas teorias ajudaram a compreender a evolução da Governança Corporativa, principalmente aquelas que se referem aos conflitos e aos custos de agência, da forma de atuação das forças que controlam as organizações, do equilíbrio de interesse dos stakeholders e dos direitos dos acionistas, destacando-se a Teoria dos Custos de Transação, Teoria da Representação, Teoria da Agência e a Teoria dos Stakeholders. Discussões envolvendo a Teoria da Agência e a Teoria dos stakeholders são complexas e polêmicas. Possuem origens distintas, sendo que a primeira se originou da área de finanças e a segunda da área de ciências sociais aplicadas.

O objetivo das boas práticas de governança corporativa é contribuir para a perenidade da empresa, facilitar o acesso ao capital, e elevar o valor da sociedade. De acordo com (Rossetti & Andrade, 2012), a expressão inglesa “Corporate Governance” derivou a expressão GC e é um conjunto de práticas adotadas na gestão de uma empresa abrangendo a relação entre a diretoria, conselho de administração e os acionistas (majoritários e minoritários), sendo importante falar também que se trata de um sistema que estabelece regras e poderes para a diretoria, comitês, conselhos e outros gestores, por meio das áreas de *compliance*, auditoria, controles internos, conselhos de administração e fiscal, objetivando criar instrumentos de fiscalização, princípios e regras que possibilitem uma gestão eficiente e eficaz, mitigar riscos e prevenir abusos de poder. Por isso é um assunto de interesse para os profissionais que atuam nas áreas de contabilidade e controladoria.

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC) conceitua a GC como um sistema que envolve o relacionamento entre os Acionistas/Cotistas, Conselho de Administração, Diretoria, Auditoria Independente e Conselho Fiscal e pelo qual as sociedades são monitoradas e dirigidas. A GC é apresentada como um conjunto de mecanismos que contribuem para assegurar que os fornecedores de capital receberão retorno adequado sobre os seus investimentos (IBGC, 2019).

De acordo com a Corporação Financeira Internacional (IFC), a GC contribui para otimização do desempenho das empresas, proporciona maior acesso a fontes externas de capital,

objetivando o desenvolvimento econômico sustentável. De acordo com o nível de proteção que os investidores minoritários possuem afetará o grau de desenvolvimento do mercado de capitais e da intermediação financeira. A prática de desfavorecer os investidores minoritários tende a inviabilizar o mercado de capitais como mecanismo de financiamento para as empresas (KPMG, 2008). Desta forma, todos esses mecanismos fazem parte da relação entre desenvolvimento financeiro e proteção de minoritário.

A GC compete abranger assuntos relacionados a direção da empresa e ao poder de controle, assim como os diversos interesses e as várias esferas e formas de seu exercício, que estão ligados a vida das sociedades comerciais. Porém, importante ressaltar que o conceito de governança parte do ponto de vista de proteção a todo o público de interesse e a todos os acionistas e não apenas aos minoritários. A GC trata dos processos e estruturas para a gestão e controles das empresas refletindo na sua cultura, políticas, decisões, relações das instituições e regulamento interno. A pouca transparência pode afastar investidores minoritários, inviabilizando assim o mercado de ações (IBGC, 2019).

Pelo fato da GC considerar que todos os problemas têm a mesma relevância, será um sistema que, utilizando principalmente o Conselho de Administração, o conselho fiscal e a auditoria externa, busca e procura minimizar os conflitos de agência que podem ser gerados pelos *stakeholders* da empresa dentro do sistema empresarial, estabelecendo regras e poderes para conselhos, comitês, diretoria e todos os gestores, procurando prevenir abusos de poder e criando instrumentos de fiscalização, princípios e regras que possibilitem uma gestão eficiente e eficaz. Desta forma, a GC pode proporcionar melhorias de desempenho das empresas, contribuir para um desenvolvimento econômico sustentável e ofertar maior acesso a fontes externas de capital. A criação das melhores práticas de governança corporativa iniciou nos Estados Unidos, por meio da criação de investimentos de suas companhias e capitalização de mercados, com o fim de enriquecer uma economia pautada para a estabilidade econômica (IBGC, 2019).

A GC nas empresas envolve um conjunto de regras e atividades que contribuem para que os níveis tático e operacional estejam alinhados com a estratégia da empresa, tendo como essência a ética. Os quatro princípios (Figura 2) de GC devem ser seguidos pelas empresas para aumentar as chances de sobrevivência e a eficiência administrativa:

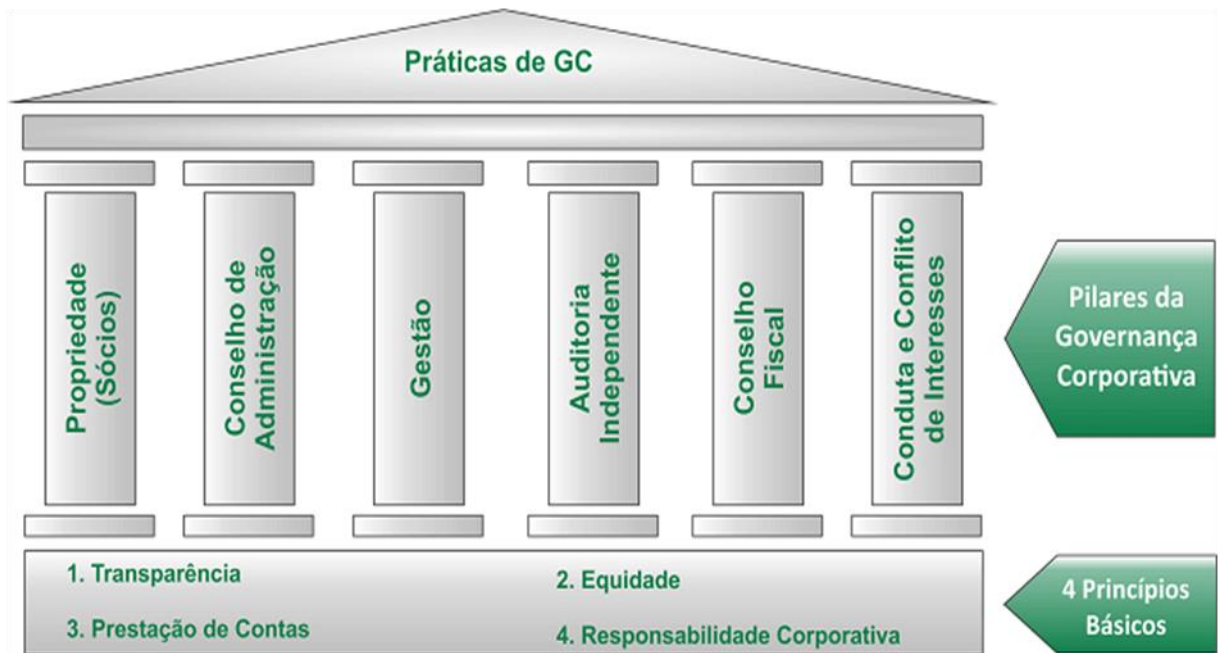
- Transparência,
- Equidade,
- Prestação de Contas e
- Responsabilidade Corporativa

A GC se apoia nos seguintes pilares:

- Acionistas,
- Conselho Administração,
- Gestão,
- Auditoria Independente,
- Conduta e Conflito de Interesses e
- Conselho Fiscal

Os princípios objetivam que o sistema de GC contribua para a transparência e eficácia do mercado, e que estejam em conformidade com as exigências legais, protegendo e facilitando o exercício de direito dos acionistas assegurando que sejam divulgadas as medidas e estruturas de capital a todos os acionistas, independentemente da sua participação no capital da empresa. Assegurando também o atendimento ao direito a todos os acionistas, majoritários ou minoritários, estrangeiros ou não, assim como assegurando o atendimento dos direitos das partes interessadas (stakeholders). Objetivam ainda, garantir a divulgação oportuna e precisa de todos os fatos relevantes relacionados com a corporação, inclusive desempenho, situação financeira, governança da empresa e participação acionária e garantir o cumprimento da legislação pertinente, levando em conta o interesse de todos os interessados, devendo haver um monitoramento eficiente da administração pelo conselho e a respectiva prestação de contas.

**Figura 2 – Práticas de Governança Corporativa**



Fonte: IBGC (2019).

Encontrar o equilíbrio entre os desafios que os agentes de governança e gestão enfrentam e as estratégias que eles podem empregar para superar os obstáculos, será um fator preponderante na busca do sucesso e sustentabilidade do negócio. Seguem relacionados na Tabela 1 os principais desafios e soluções da GC:

DESAFIOS	SOLUÇÕES
Concentração acionária Acionistas minoritários sem equidade Sucessão em empresas familiares Conflitos de interesses Conselhos pouco efetivos <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pouca capacitação</li> <li>● Atitude passiva</li> </ul> Transparência <ul style="list-style-type: none"> <li>● Controles Internos</li> <li>● Auditoria</li> </ul>	Políticas claras de tratamento aos Acionistas Balanceamento de acionistas Fortalecer os conselhos Comitês e outros mecanismos para lidar com conflitos Comitês de Auditoria <ul style="list-style-type: none"> <li>● Auditoria Interna</li> <li>● <i>Experts</i> em finanças</li> </ul> Comunicação com o mercado

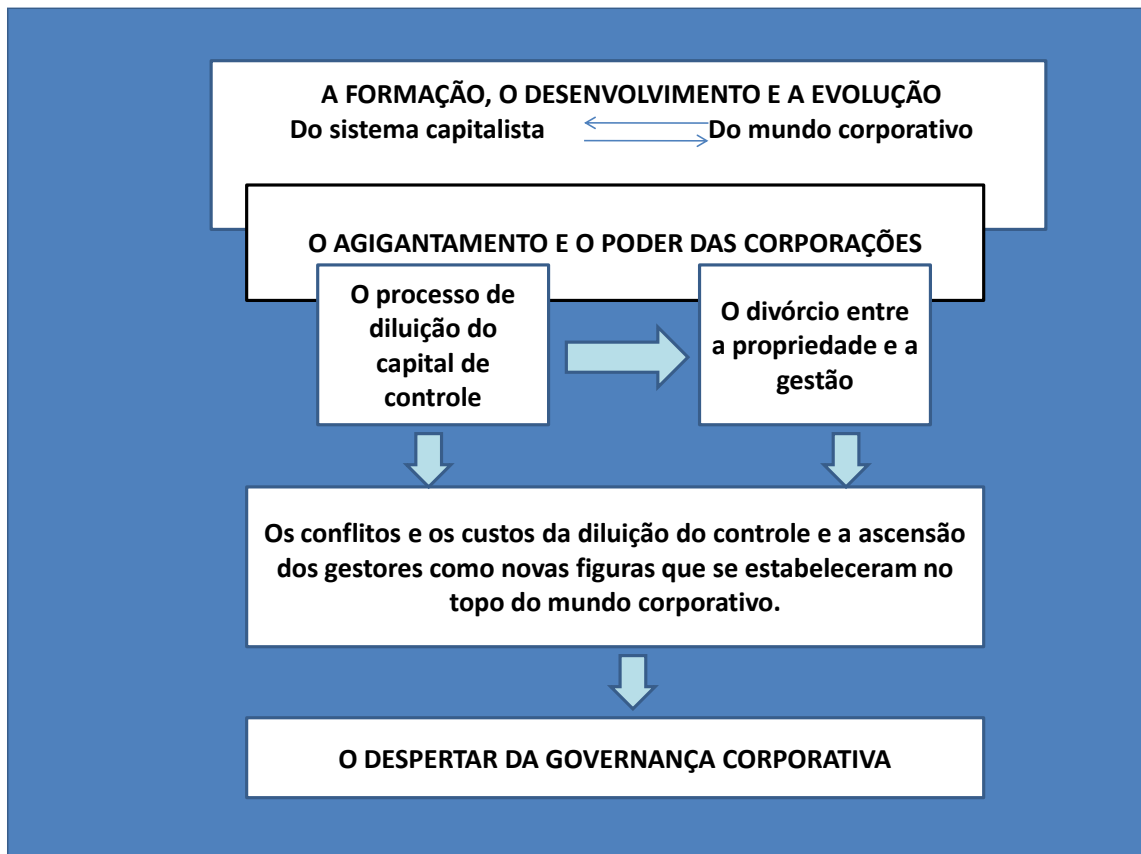
**Tabela 1 – Desafios e soluções da Governança Corporativa**

Fonte: criado pela autora.

Pelo estudo, constata-se o desenvolvimento da adoção de boas práticas de governança corporativa que vem se disseminando, gradativamente, ao longo da história. Organizações nacionais e multilaterais como a Agência nacional de Saúde, as Nações Unidas e de Cooperação

e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), vêem as práticas da GC como pilares da arquitetura econômica global e um dos instrumentos de desenvolvimento, nas dimensões econômica, social assim como na ambiental (Rossetti & Andrade, 2012). O Brasil e os demais países do mundo passaram por fortes mudanças nas últimas décadas, caracterizado pela busca de um sistema equilibrado de decisões, que contribuam para sustentação da perenidade das corporações, estimulando a evolução da GC como uma ferramenta que objetiva mitigar riscos, evitar fraudes e conflitos, otimizar a performance da operação e do resultado econômico-financeiro. Desta forma, as transformações, o desenvolvimento das corporações assim como as ocorrências de fatores econômicos, internos e externos, contribuíram para o despertar da GC (Figura 3).

**Figura 3 – O desenvolvimento das Corporações e o Despertar da GC**



Fonte: Adaptado de Rossetti & Andrade,(2011)

Posto isso, a estrutura de GC especifica como os deveres e as responsabilidades são distribuídos entre as diferentes partes interessadas. Também explicita as regras e procedimentos para a tomada de decisões em assuntos corporativos. Desta forma, é fundamental definir os órgãos que irão compor a estrutura. Importante ressaltar que a empresa necessita de mecanismos



eficientes para ter um bom sistema de governança, ou seja, a contabilidade precisa produzir demonstrações claras e precisas; devem ser realizadas auditorias internas e externas, periodicamente, objetivando investigar se as boas práticas estão sendo aplicadas; deve ter processos de monitoramento e de controles internos das operações, objetivando garantir um trabalho de qualidade e a prevenção de riscos. Na Figura 4 apresenta-se o sistema de GC.

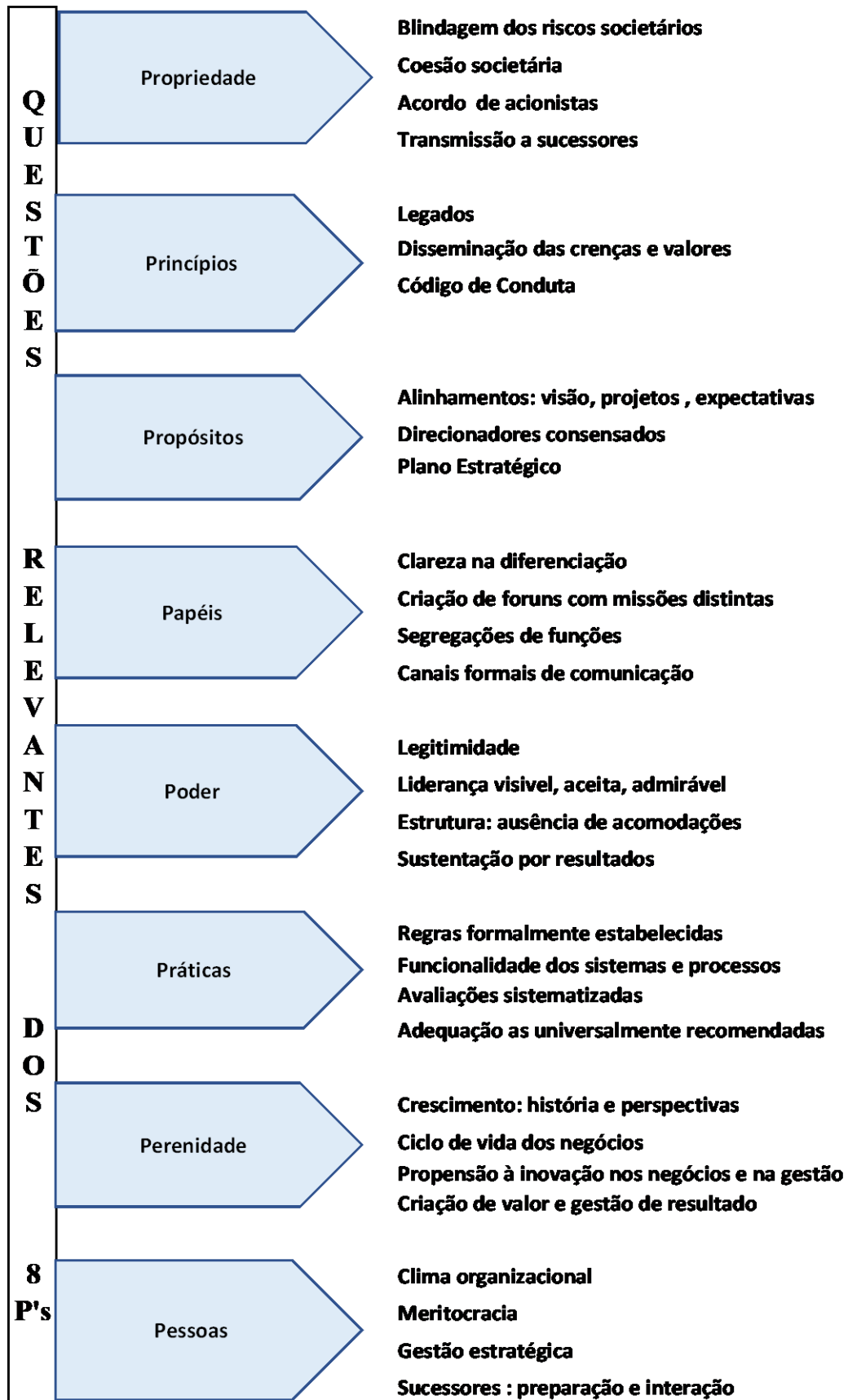
**Figura 4:** Sistema de GC



Fonte: Código das Melhores Práticas de GC – 4ª. Edição.

A GC utiliza a metodologia dos 8P's para avaliar o sistema de governança e o ambiente a fim de obter uma visão geral do cenário objetivando identificar possíveis sugestões de mudanças, mediante levantamento das informações situacionais (Rossetti & Andrade, 2012). A relação das questões comuns e relevantes para as diferentes dimensões da GC, sintetizada pelos 8P's, para as diferentes categorias de empresas, sendo que para algumas, é necessário realizar alguma adequação, de acordo com o estágio do seu desenvolvimento, de suas particularidades culturais, societárias, do sistema de administração, da estruturação do negócio, ou até mesmo pelo momento vivido pela empresa (Figura 5).

Figura 5 - Questões relevantes para os 8 Ps da GC



## 2.2 GOVERNANÇA CORPORATIVA NO MUNDO E NO BRASIL

Este capítulo tem como finalidade fazer uma revisão da literatura sobre a GC no Mundo e no Brasil e contexto do setor das Operadoras de Saúde Suplementar no Brasil.

### 2.2.1 Governança Corporativa no Mundo

A introdução do conceito das boas práticas de GC estabelecendo regras e condutas que priorizam garantir os direitos de acionistas minoritários frente aos majoritários ocorreu nos Estados Unidos, a partir de 1990, objetivando o enriquecimento de uma economia pautada para a estabilidade econômica (Damodaran, 2010).

No Reino Unido foi criado em 1991, o *Report Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance–Cadbury*. O Comitê, considerando os aspectos financeiros da Governança, ficou conhecido como Comitê do *Cadbury*. Devido a falta de confiança dos investidores na credibilidade e transparência das empresas, devido a falência de instituições que aparentemente possuíam balanços confiáveis, foi criado o comitê. Em 1992 foi lançado o código de *Cadbury* e em 1995, o *Greenbury Recommendations* os conselhos foram criados para estabelecer uma dinâmica de confiança no que significa o fazer a diferença para o que compete a cidadania (Silveira, 2010).

O Estado Francês ocupou um papel central nas atividades econômicas do país, sendo o governo o majoritário de grandes corporações francesas ao longo do século XX. Além da manutenção da propriedade estatal, o controle familiar e a alta concentração acionária também caracterizaram o ambiente corporativo francês (Silveira, 2010). As privatizações aumentaram as atividades de mercados de ações e a prática da satisfação para a demanda dos investidores estrangeiros.

De acordo com Vieira (2010), a implantação da GC, na Alemanha, objetivou atender os países anglo-saxões que no exercício das atividades se preocupavam em manter a gestão aberta e transparente e o interesse para a participação de acionistas.

### 2.2.2 Governança Corporativa no Brasil

No Brasil, até o início dos anos de 1970, o mercado acionário era desregulado, e foi a partir do desenvolvimento do mercado acionário com a constatação da importância do mercado de capitais para o desenvolvimento do país que foram criadas a Lei 6.385/76 e a Lei 6.404/76 (Carvalho, 2002).

A Lei 6.385/76 dispõe sobre o mercado de valores mobiliários e a Lei 6.404/76 dispõe sobre as Sociedades por ações. A Lei 6.404/76 também passou a ser chamada de Lei das Sociedades Anônimas e dispõe sobre a natureza da companhia ou sociedade anônima, a responsabilidade dos sócios ou acionistas, enfatizando que a companhia terá o capital dividido em ações e sobre a limitação ao preço de emissão das ações subscritas ou adquiridas.

A Lei 6.385/76 cria a Comissão de Valores Mobiliários e dispõe sobre o mercado de valores mobiliários, enumera as atividades a serem disciplinadas e fiscalizadas. De acordo com a Lei, a CVM deve regulamentar observando a política definida pelo Conselho Monetário Nacional, e em conformidade com as Leis 6.385/76 e 6.404/76, fiscalizar e inspecionar as companhias abertas, e as atividades e os serviços do mercado de valores mobiliários.

O mercado brasileiro baseava-se em incentivos fiscais para a aquisição de emissões de ações, por isto foi criado um mercado compulsório que obrigaria os fundos de pensão a comprar ações. Nessa época, as empresas familiares tinham uma capacidade limitada de investimentos e a emissão de novas ações gerava um risco para o controle das empresas.

Objetivando melhorar as práticas existentes, no final dos anos 90, várias iniciativas foram tomadas pelos órgãos reguladores, governo e investidores, sendo que entre as reformas, pode-se citar o projeto da reformulação da Lei das Sociedades Anônimas que apesar de importante e grandioso, fracassou, e apresentou várias emendas propondo a redução nos direitos dos minoritários; a criação do Novo Mercado pela Bolsa de Valores de São Paulo, que foi uma alternativa para que o setor privado tomasse a liderança no processo de promover reformas e possibilitou a criação de melhores práticas de governança nas empresas por autoridades e agentes de mercado.

O Novo Mercado caracterizou-se por ser um segmento de listagem destinado a negociação de ações emitidas por empresas que se comprometem, voluntariamente, com a adoção de práticas de GC adicionais e previstas na legislação. Com a publicação da Lei 9.457, no ano de 1997, os dispositivos das Leis 6.385/76 e 6.404,76 foram alterados, com a introdução de uma cláusula aumentando o número de ações preferenciais. Essa mudança desagradou os minoritários pois o poder se mantinha nas mãos dos majoritários, o que caracterizou um incentivo maior para a expropriação de minoritários.

Um amplo conjunto de fatores externos e internos influencia a GC tanto no Brasil como em qualquer outro país do mundo, interferindo nos valores, nos modelos efetivamente praticados e nos princípios. Carvalho (2002) destaca que a implementação das práticas de GC não é uma tarefa fácil, há muita resistência, de forma geral no mundo todo, porém no Brasil, tende a ser

ainda mais complicada, pois há a predominância de controle familiar, baixo percentual de acionistas com direito a voto e reduzida pulverização do capital em bolsa.

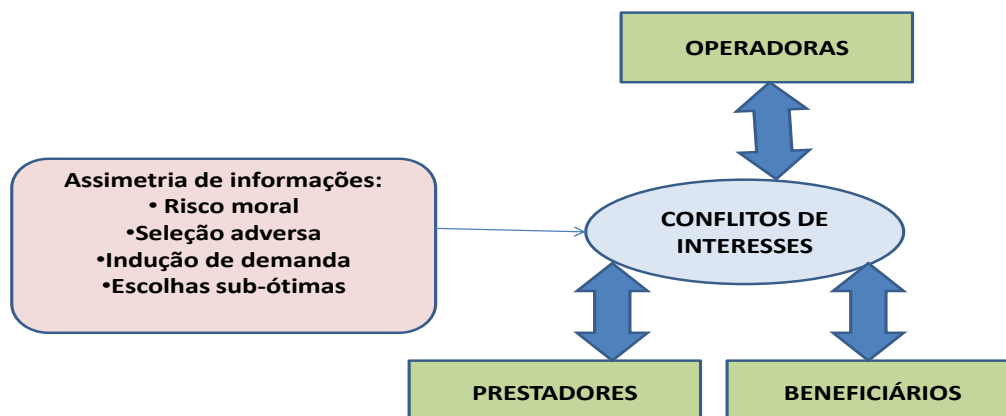
E por essas características, Vilela, (2012) enfatiza ser um ambiente adverso a GC que conseqüentemente amplia o espaço para o desequilíbrio entre os interesses dos acionistas minoritários e controladores. Regra geral, o modelo predominante de GC no Brasil, apresenta-se em empresas com capacidade financeira, com uma forte liderança, bem sucedida e preparada para superar períodos adversos na economia. Uma nova etapa de desenvolvimento iniciou-se no Brasil, em que o controle das empresas começa a deixar de ser familiar e estatal e passa a ser compartilhado. Com esta modificação, deriva a separação entre a gestão e o controle do capital, pois nem sempre quem controla permanece na gestão.

### 2.3 CONTEXTO DO SETOR DAS OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

As organizações de saúde estão sendo pressionadas pelo mercado e pela regulação a aderirem às ações de GC. Importa destacar que o mercado de saúde tem como característica predominante as que decorrem da ocorrência de risco e de incerteza nas transações, ou seja, na incerteza da quantidade de vezes em que as transações ocorrem. Ao avaliar-se os processos de operações de serviços de saúde, a regulação torna-se mais relevante, pois o sujeito dessa operação é o ser humano. Da mesma forma que nas organizações dos demais setores, os conflitos ocorridos nas organizações de saúde têm como essência as decisões econômicas e estratégicas que na saúde são protegidas pela bioética e pela ética empresarial (Luca, 2014).

A Constituição de 1988, o Código de Defesa do Consumidor e a regulação da Agência Nacional de Saúde, tornam-se instrumentos para que as organizações de saúde promovam o melhor relacionamento com os consumidores, usuários, clientes e fornecedores, para minimizar os conflitos de interesse (Figura 6) que possam surgir, possibilitando a maximização do valor da empresa, e contribuição para a perenidade e sustentabilidade organizacional.

**Figura 6 – Conflitos de interesses – falhas no mercado de saúde suplementar**



Fonte: elaborado pela autora.

Sabe-se que a ocorrência da doença é imprevisível, o que impossibilita planejar individualmente o consumo futuro à assistência para a saúde. Desta forma, a resposta de um mercado livre para esta questão é o desenvolvimento de mecanismos de seguro privado de saúde que garantam o ressarcimento das despesas na ocorrência de Eventos em saúde (Donaldson & Gerard, 1993).

E a assimetria de informação entre provedores de serviços médicos, financiadores de gastos com saúde (públicos e privados), e os potenciais pacientes é uma importante característica do setor de saúde e a presença de assimetria da informação pode resultar em fenômeno de risco moral e seleção adversa (Andrade, 2001).

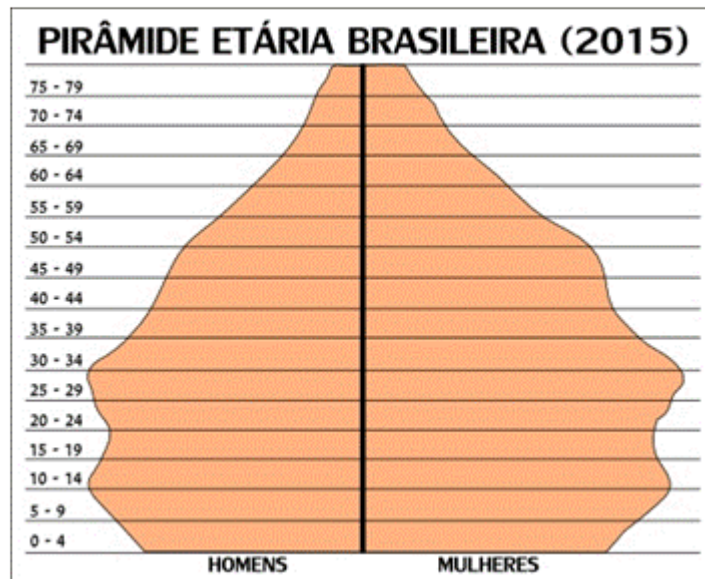
Consequentemente, a situação do setor, de regulação e competitividade, está exigindo que as equipes otimizem a performance como gestores técnicos e administrativos, para que apliquem as boas práticas de governança corporativa e avaliam sobre a melhor forma de aplicá-los à organização da saúde e aos seus envolvidos (IBGC, 2019).

Um fator de mudança relevante para as operadoras de saúde está relacionado a previsão de alteração da estrutura etária da população brasileira. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), está havendo uma mudança no perfil demográfico do nosso país e a pirâmide etária da população está se alterando (IBGE, 2019).

Demonstrou-se na Figura 7, que no ano de 2020 somos caracterizados como um país adulto, enquanto na Figura 8, pela projeção para o ano de 2050 seremos caracterizados como um país

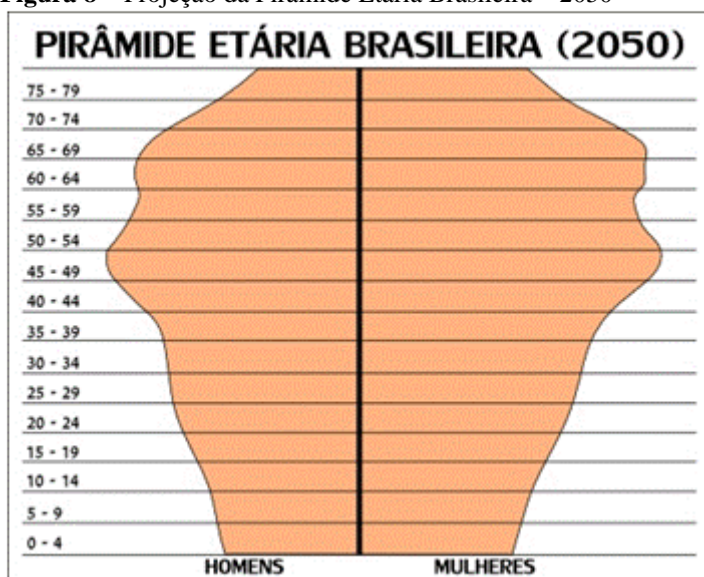
idoso. A pirâmide etária está estruturada por agrupamentos em barras horizontais de grupos de idades separados por sexo, sendo que as partes inferiores representam os grupos mais jovens e as partes superiores representam a população idosa (IBGE, 2019). Este é um fator relevante para a solvência e perenidade das operadoras de saúde pois a tendência natural da vida é que as pessoas com mais idade necessitem de maiores atendimentos assistenciais e acompanhamentos médicos, e isto conseqüentemente afeta o custo assistencial.

**Figura 7** – Pirâmide Etária Brasileira - 2015



Fonte: População –IBGE (2019)

Pela projeção da pirâmide etária da população brasileira para o ano de 2050, realizada pelo IBGC, percebe-se a tendência do aumento da quantidade de pessoas a partir da faixa etária dos 45 anos de idade, conforme demonstrado na Figura 8.

**Figura 8** – Projeção da Pirâmide Etária Brasileira – 2050

Fonte: População – IBGE (2019)

### 2.3.1 Agência Nacional de Saúde

A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil se iniciou com a promulgação da Lei no. 9.656, em 1998, referindo-se as coberturas dos contratos independentemente do tipo de plano de saúde contratado, bem como os reajustes anuais no que tange aos planos de saúde individuais.

Criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. Conforme anteriormente mencionado, a Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Este marco foi fundamental para a organização do setor, visto que, até então, ocorriam reajustes abusivos e contratos seletivos, o que na prática traduzia-se em situações em que as famílias haviam contribuído durante anos e, no momento da necessidade da utilização, os atendimentos eram negados por falta de cobertura em contrato.

A ANS tem um compromisso com a assistência à saúde, além de funções mais visíveis, porque de maior impacto nos meios de comunicação, tais como determinar a política de reajuste e a fiscalização de operadoras.

A situação dos beneficiários de planos de saúde, antes da regulação, variava muito em relação às coberturas oferecidas pelas operadoras. A implantação de um elenco de



procedimentos de cobertura obrigatória, denominado Rol de Procedimentos, foi um dos maiores benefícios da regulação.

A elaboração desse Rol de Procedimentos foi feita para garantir e tornar público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, deixando de ser discricionário de cada operadora e, por vezes, desconhecido dos próprios usuários. Inicialmente era quase que uma cópia fiel da tabela de honorários médicos da Associação Médica Brasileira (AMB), por ser de conhecimento e utilização tanto das operadoras como dos prestadores. Com o passar do tempo, foi sendo adequado e aperfeiçoado, tendo sido elaborado uma diferenciação para cada tipo de segmentação de planos (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia), além da criação de um rol odontológico, que não é objeto desta dissertação.

### 2.3.2. Atuação da Agência Nacional de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja sede é no Rio de Janeiro, é uma Autarquia especial federal, responsável em promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, a relação entre prestadoras e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possui núcleos que provém atendimento presencial em 12 cidades nas cinco regiões do País. Em sua estrutura, conta com aproximadamente 1.500 trabalhadores. No ano de 2019, o mercado regulado possuía cerca de 47,0 milhões de vínculos de beneficiários em planos de assistência médica sendo que 26,0 milhões de vínculos de beneficiários ligados a planos exclusivamente odontológicos. Há 1.007 operadoras de assistência à saúde ativas, com ou sem odontologia, que possuem beneficiários que formam o conjunto dos entes regulados (ANS, 2019a).

Sua estrutura é composta por 4 (quatro) Diretores e 1 (um) Diretor-Presidente com mandatos não coincidentes, cujos responsáveis são escolhidos pelo Poder Executivo Federal para mandatos fixos de 3 anos, com possibilidade de uma recondução de mandato, por mais 3 anos. Esses diretores precisam ser sabatinados pelo Senado Federal.

Dentre as várias competências da Diretoria de Fiscalização da ANS destacam-se:

- (i) realizar a fiscalização da assistência suplementar à saúde;
- i) promover ações educativas para o consumo no setor de planos de saúde e a integração com órgãos e entidades integrantes do SINDEC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor - e da sociedade civil organizada;

(iii) gerenciar a central de relacionamento, inclusive o disque-ANS, para receber, analisar e encaminhar respostas a consultas e denúncias;

(iv) instaurar e conduzir o processo administrativo de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar;

(v) promover a mediação ativa dos interesses para produzir consenso na solução de casos de conflito;

(vi) desenvolver e manter, em articulação com as demais diretorias, sistema de informações sobre demandas de consumidores/beneficiários e a atividade de fiscalização; e definir as operadoras de planos de saúde a serem fiscalizadas (ANS, 2019b).

Regulação prudencial, ou regulação econômico-financeira, estabelece garantias financeiras diante dos riscos da operação de plano de saúde. As garantias financeiras são traduzidas na exigência de provisões técnicas, ativos garantidores e recursos próprios mínimos, visando a liquidez e a solvência das operadoras para a continuidade e a qualidade do serviço contratado pelo beneficiário (Quadro 1).

As exigências prudenciais não impedem em completo que uma operadora enfrente dificuldades ou recaia em insolvência, mas reduzem essa possibilidade e mitigam seus efeitos negativos. Para evitar a situação, as operadoras passam por acompanhamento econômico-financeiro, podendo receber visitas técnicas e ser submetidas a Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira – PAEF e regimes especiais.

No Quadro 1 estão relacionadas as Resoluções Normativas que alteraram as regras de constituição da reserva financeira das Operadoras de Plano de Saúde objetivando que esses recursos financeiros possam pagar os compromissos assumidos.

<b>RESOLUÇÃO NORMATIVA</b>	<b>CONTEÚDO</b>
RN No. 14/02 (ANS, 2002)	Dispõe sobre a Margem de Solvência das Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde e altera a RDC nº 77, de 17 de julho de 2001.
RN No. 160/07 (ANS, 2007)	Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde
RN No. 209/09 (ANS, 2009)	Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde
RN No. 227/10 (ANS, 2010b)	Dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar e altera a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009.
RN No. 243/10(ANS, 2010a)	Altera as Resoluções Normativas – RN’s nº 173, de 10 de julho de 2008, nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e nº 227, de 19 de agosto de 2010.
RN No. 443/19 (ANS, 2019c)	Dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de GC, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde.

**Quadro 1. Resoluções Normativas que alteraram as regras de constituição da reserva financeira**

Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 9 demonstra que os riscos de insolvência das operadoras de saúde podem surgir devido a:

- Regulação - barreiras à entrada (escala) e à saída Nova dinâmica na relação entre receitas e despesas como a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, efetuados pela ANS
- Choques Exógenos Variáveis Macroeconômicas - envelhecimento populacional; Ciclo financeiro desfavorável com desequilíbrio entre a quantidade de beneficiários e muita utilização de alto custo
- Eficiência Gerencial - incorporação tecnológica
- Judicialização - concessão de liminares não previstas em contrato

**Figura 9** - Risco de Insolvência de Operadoras de Saúde

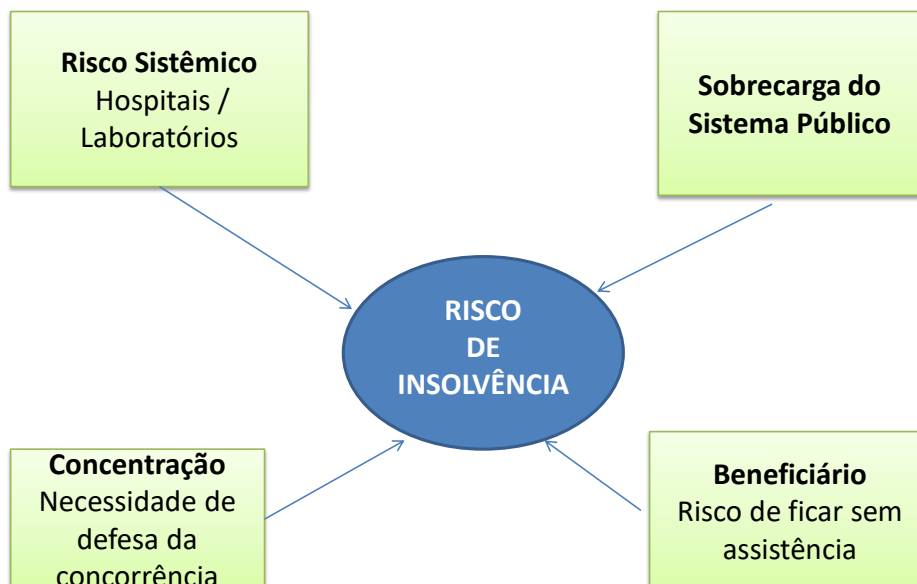


Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 10 demonstra que os riscos de efeitos potenciais de insolvência das operadoras de saúde suplementar podem decorrer de:

- Risco Sistêmico Hospitais/Laboratórios
- Sobrecarga do Sistema Público
- Concentração Necessidade de Defesa da Concorrência
- Beneficiário – risco de ficar sem assistência

**Figura 10** : Efeitos potenciais da Insolvência das Operadoras



Fonte: Elaborado pela autora.

Pelo fato de a ANS ter como papel a regulação econômica, a minimização dos riscos e a diminuição da assimetria de informação, a partir no ano de 2005, foram divulgadas, no sítio eletrônico da ANS, as primeiras edições do Atlas e do Anuário Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar, da Saúde Suplementar e do Anuário ANS. Nesse mesmo ano, foi criado o padrão TISS – Troca de Informação em Saúde Suplementar, objetivando organizar e padronizar as informações trocadas entre prestadores de serviços e operadoras por meio de guias de atendimento utilizadas pelo plano de saúde (ANS, 2019a).

A medição do desempenho econômico-financeiro, é realizada por meio das seguintes etapas:

- criação da regulação (estabelecimento de regras de comportamento), com o objetivo de maximizar o bem-estar e minimizar o risco de insolvência.
- monitoramento: observação do cumprimento das regras
- supervisão: observação, mais genérica, do comportamento das operadoras

A Tabela 2 demonstra algumas das legislações criadas pela ANS para regular o risco.

<b>Assunto</b>	<b>Legislação</b>
Plano de Contas	RN no. 27; RN no. 28
Garantias Financeiras	RDC no. 77; RN no. 14, RN no. 57; RN no. 67; RN no. 75, RN no. 159 e RN no. 160
Acompanhamento Econômico-Financeiro	DIOPS - RN no. 29
Plano de Recuperação	RDC no. 22
Regimes especiais	RN no. 52
Segmentação	RDC no. 39
Regras de Acesso	RDC no. 05; RDC no. 77 ; RN no. 85 e RN no. 100
Liquidação Extrajudicial	RDC no. 47
Transferência de Controle Societário	RDC no. 83 e RN no. 142
Administradores	RN no. 11

**Tabela 2 – Normativos que regulam risco**

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante destacar que as medidas estruturais consubstanciadas na RDC no. 39/2000 são consideradas alicerce da regulação econômico-financeira sobre o mercado de saúde suplementar. Desta maneira, a definição de segmento e modalidade, contida nessa norma, a fim de refletir as peculiaridades operacionais das operadoras, demandou a instauração de Câmara Técnica, objetivando propiciar discussão com os representantes de mercado, gerando maior transparência no processo de regulação e adequação às normas de mercado.

Após consenso obtido com o próprio mercado, baseado nas diferenças estruturais existentes entre as operadoras, a ANS classificou em quatro níveis, a saber:

- porte – caracterizadas como de pequeno, médio ou grande porte;
- constituição da pessoa jurídica – as operadoras podem se constituídas como sociedades comerciais ou civis, associações, fundações e até como firma individual;
- finalidade do lucro – com ou sem fins lucrativos;
- existência de rede própria – as operadoras podem possuir ou não rede própria de prestadores de serviços.

A presente dissertação abordou o tema do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde das modalidades autogestão, cooperativa médica, medicina de grupo e

seguradora, buscando verificar alguns fatores associados ao desempenho. Os fatores foram o ano, a operadora, a modalidade e o porte.

As operadoras são classificadas, conforme seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades:

**Autogestão:** entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.

As autogestões são divididas em três categorias:

- a) **Autogestão por RH:** a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde, nos termos da RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007;
- b) **Autogestão com Mantenedor:** a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que possui entidade pública ou privada mantenedora que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde através da apresentação de termo de garantia, nos termos da Resolução Normativa - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007 e Instrução Normativa – IN DIOPE n.º 10/2007;
- c) **Autogestão sem Mantenedor:** a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor, nos termos da RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007.

**Cooperativa médica:** sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

**Cooperativa odontológica:** sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

**Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

**Administradora de Benefícios:** empresas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos conforme RN 196, de 14 de julho de 2009.

**Seguradora especializada em saúde:** sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

**Medicina de grupo:** demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

**Odontologia de grupo:** demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, Planos Odontológicos.

As operadoras de planos atuantes no tipo de atenção médico-hospitalar segmentam-se em:

**Segmento Primário Principal - SPP:** as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

**Segmento Primário Principal / SUS SPP/SUS:** as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao SUS;

**Segmento Primário Subsidiário - SPS:** as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

**Segmento Secundário Principal - SSP:** as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

**Segmento Secundário Subsidiário - SSS:** as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

Com a publicação destes instrumentos legais, a ANS, passou a exigir que, para operar no setor, as operadoras devem seguir regras estabelecidas e atender o desempenho estipulado pelo conjunto de Recursos Próprios Mínimos (RPM) que consiste na suficiência simultânea do Patrimônio Líquido Ajustado (PLA) e Margem de Solvência (MS) entre outros indicadores que serão detalhados nesta pesquisa. (ANS, 2009)

Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA) corresponde à exigência mínima de participação do capital próprio em função da abrangência e região de atuação e deverá ser calculado com base



no patrimônio líquido contábil ou no patrimônio social contábil, conforme o caso, considerando algumas deduções, estabelecidas pela RN no. 209/2009. (ANS, 2009)

Margem de Solvência mensura o tamanho do patrimônio exigido que a operadora deve manter para suportar o nível de atividade em que ela opera deverá ser calculada apurando-se o maior valor entre os seguintes itens:

a) 0,20 vezes a soma dos últimos 12 meses: de 100% das contraprestações líquidas na modalidade de preço pré-estabelecido, e de 50% das contraprestações líquidas na modalidade de preço pós-estabelecido, e

b) 0,33 vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de: 100% dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pré-estabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pós-estabelecido. Para os casos em que a operadora possua tempo de operação inferior a 36 meses, para cálculo do item b, deverá ser utilizada a média anualizada do seu período total de atividade. Em seguida, a operadora deverá comparar o valor apurado para Margem de Solvência com o seu Patrimônio contabilizado já com os ajustes definidos em norma. A operadora deverá manter seu Patrimônio, considerando-se as adições, deduções, em montante maior ou igual ao valor apurado para a Margem de Solvência.

Além da Margem de Solvência e do Patrimônio Líquido Ajustado, a ANS exige o cálculo de provisões técnicas que devem ser contabilizados em contas do passivo da operadora, com o objetivo de garantir e refletir as obrigações futuras decorrentes da sua atividade. As provisões técnicas são calculadas em função dos riscos a que as operadoras estão sujeitas ao garantir cobertura assistencial. Outro importante indicador utilizado pelas operadoras de saúde para medir o desempenho econômico-financeiro é o da sinistralidade, que mostra a relação entre as despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Na área da saúde, utiliza-se o acompanhamento do tíquete médio.

A ANS disponibiliza em seu site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), um Anuário contendo informações relativas ao Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício Financeiro Anual atual e por meio das informações enviadas no DIOPS, e são apurados os seguintes indicadores, calculados para o exercício anual atual em comparação com o exercício anual anterior. Seguem detalhes sobre o significado e as fórmulas do cálculo desses indicadores, que são classificados em indicadores de rentabilidade, capital, operacional, ciclo financeiro, liquidez e o tíquete médio:

### RENTABILIDADE :

- ROA – é a taxa de retorno sobre o ativo total e mostra a relação entre o resultado líquido e o ativo total. Calculado pela fórmula:

ROA: $\frac{\text{Resultado líquido}}{\text{Ativo total}}$
--

ROA: Representa a taxa de retorno sobre o ativo total obtido pela operadora no ano observado, calculado pela relação entre o resultado líquido e o ativo total. O ROA verifica a rentabilidade obtida pela empresa sobre a totalidade de seus recursos. Pelo ROA se pode verificar a eficiência da empresa em gerar lucro a partir do uso de seus investimentos totais. Este indicador apresenta um importante poder explicativo ao desempenho da firma, em especial quando combinado com outros indicadores. Outros estudos que investigaram o desempenho de operadoras também utilizaram este indicador (Guimarães & Alves, 2009).

- ROE – é a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido e mostra a relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido. Calculado pela fórmula:

ROE: $\frac{\text{Resultado líquido}}{\text{Patrimônio líquido}}$
---

ROE: Representa a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido obtido pela operadora no ano observado, isto é, a rentabilidade do volume dos recursos próprios da empresa. Permite a seus acionistas ou sócios compará-la com outras opções de investimento no mercado. O ROE é calculado utilizando a relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido. MALIK e VELOSO (2010) utilizaram o ROE como uma das medidas de desempenho, conforme apresentado no referencial teórico.

- MLB – é a margem de lucro bruto e mostra a relação entre o resultado bruto e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

MLB: $\frac{\text{Resultado bruto}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
--

- MLL – é a margem de lucro líquido e mostra a relação entre o resultado líquido e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).  
Calculado pela fórmula:

$$\text{MLL: } \frac{\text{Resultado líquido}}{\text{Contraprestações efetivas}}$$

- MARG.EBIT (LAJIR) – é o lucro antes de juros e impostos. Calculado pela fórmula:

$$\text{EBIT: } \frac{\text{Resultado líquido} + \text{Desp. Financeiras} + \text{IR} + \text{CSLL} - \text{Imp.Diferidos}}{\text{Contraprestações efetivas}}$$

- MARG.EBITDA (LAJIDA) – é o lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização. Calculado pela fórmula:

$$\text{EBITDA: } \frac{\text{Result.liq.} + \text{Desp. Financ.} + \text{IR} + \text{CSLL} - \text{Imp.Dif.} + \text{Deprec.} + \text{Amortiz.}}{\text{Contraprestações efetivas}}$$

#### CAPITAL:

- IMOB – é a imobilização do ativo total e indica a parcela de aplicações de recursos (ativo total) investidos no Ativo Permanente. Calculado pela fórmula:

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

- ENDIV – é o índice de endividamento e mostra a relação entre o exigível total e o ativo total. Calculado pela fórmula:

$$\text{ENDIV: } \frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}{\text{Ativo Total}}$$

- CE – é a composição do endividamento. Indica quanto da dívida total vence no curto prazo. Calculado pela fórmula:

CE: <u>Passivo circulante</u> Exigível Total
---

**OPERACIONAL:**

- DM ou Sinistralidade – é o índice de despesas assistenciais ou despesas médicas e também chamado de sinistralidade. Mostra a relação entre despesas assistenciais (acrescido do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade transferida – CCT e descontados os eventos de corresponsabilidade assumida - ECA) e o total das receitas com operação de planos de saúde da operadora, acrescido do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade transferida (CCT) e descontadas as contraprestações de corresponsabilidade assumida (CCA). Calculado pela fórmula:

DM ou Sinistralidade: $\frac{\text{Eventos indenizáveis líquido} + \text{CCT} - \text{ECA}}{\text{Contraprestações} + \text{CCT} - \text{CCA}}$
---

Importante ressaltar que esse índice passou a ser calculado a partir de 2018 pois até o ano de 2017 era:

DM ou Sinistralidade: $\frac{\text{Eventos indenizáveis líquido}}{\text{Contraprestações}}$
---

**SINISTRALIDADE:** Representa a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Foi considerado 75% de sinistralidade como referência para os modelos estatísticos, isto é, o desempenho das operadoras neste indicador foi melhor, quanto mais se aproximou desta taxa. Não há consenso sobre a sinistralidade ideal para as operadoras, mas a despesa assistencial comprometendo até 75% da receita de contraprestação permite à operadora custear suas despesas administrativas, comerciais e ter uma margem de lucro que viabilize o negócio.

- DC – é o índice de despesas de comercialização. Mostra a relação entre despesas de comercialização e o total das receitas (contraprestações efetivas) acrescida do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade transferida e descontadas as contraprestações de corresponsabilidade assumida. Calculado pela fórmula:

DC: $\frac{\text{Despesas de comercialização}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{CCT} + \text{CCA}}$
---

Importante ressaltar que esse índice passou a ser calculado a partir de 2018 pois até o ano de 2017 era:

DC: $\frac{\text{Despesas de comercialização}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
---

- DA –Índice de despesas administrativas. Mostra a relação entre despesas administrativas e o total das receitas (contraprestações efetivas) acrescida do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade transferida e descontadas as contraprestações de corresponsabilidade assumida. Calculado pela fórmula:

DA: $\frac{\text{Despesas administrativas}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{CCT} + \text{CCA}}$
--

Importante ressaltar que esse índice passou a ser calculado a partir de 2018 pois até o ano de 2017 era:

DA: $\frac{\text{Despesas administrativas}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
--

COMB – é um índice combinado. Mostra a relação entre despesas operacionais (administrativas, comercialização e assistenciais) e as receitas (contraprestações efetivas) acrescida do valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade transferida e descontadas as contraprestações de corresponsabilidade assumida. Calculado pela fórmula:

COMB : $DM + DC + DA$
-----------------------

Importante ressaltar que esse índice passou a ser calculado a partir de 2018 pois até o ano de 2017 era:

COMB: $\frac{\text{Desp.administ.} + \text{Desp. Comerc.} + \text{Eventos indeniz. Liq.}}{\text{Contraprestações efetivas}}$
--

- COMBA – é um índice combinado ampliado. Similar ao índice combinado, porém, considerando o resultado financeiro

$$\text{COMBA: } \frac{\text{Eventos indenizáveis liq.} + \text{DA} + \text{DC} + \text{CCT} - \text{ECA} + \text{Desp. Financeira}}{\text{Contraprestações efetivas CCT} - \text{CCA} + \text{Rec.Financeira}}$$

Importante ressaltar que esse índice passou a ser calculado a partir de 2018 pois até o ano de 2017 era:

$$\text{COMBA: } \frac{\text{Desp.administ.} + \text{Desp. Comerc.} + \text{Eventos indeniz. Líquido}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{Resultado Financeiro Líquido}}$$

#### CICLO FINANCEIRO:

- PMCR – Prazo médio de contraprestações a receber. Indica o tempo médio que a operadora leva para receber as vendas realizadas (Créditos ops. saúde), já descontada a provisão para devedores duvidosos. Calculado pela fórmula :

$$\text{PMCR: } \frac{\text{Créditos de ops. saúde}}{\text{Contraprestações efetivas}} \times 360$$

PMPE– Prazo médio de pagamento de eventos. Indica o tempo médio que a operadora leva para pagar os eventos assistenciais. Calculado pela fórmula:

$$\text{PMPE: } \frac{\text{Eventos a liquidar}}{\text{Eventos indenizáveis líquidos}} \times 360$$

#### LIQUIDEZ:

- LG – é um índice de liquidez geral . Mostra a capacidade de pagamento a longo prazo. Calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{LG: } \frac{\text{Ativo circulante} + \text{Realizável a longo prazo}}{\text{Passivo circulante} + \text{Exigível a longo prazo}}$$

- LC – é um índice de liquidez corrente. Mostra a relação entre os ativos conversíveis em dinheiro no curto prazo e as dívidas de curto prazo. Calculado pela seguinte fórmula:

LC: Ativo circulante  
Passivo circulante

Liquidez Corrente: Representa a liquidez corrente da operadora no ano observado. Mostra a relação entre os ativos conversíveis em dinheiro no curto prazo e as dívidas de curto prazo. A inclusão deste indicador buscou incluir a expectativa da ANS de que as operadoras possam honrar os compromissos junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma contínua a seus beneficiários. Embora a liquidez corrente seja um indicador tipicamente financeiro, no presente estudo foi considerado como um indicador operacional relacionado à gestão financeira da operadora.

### TÍQUETE MÉDIO

- TÍQUETE MÉDIO –o tíquete médio mensal mostra a relação entre o total anual das receitas com operação de plano de saúde (contraprestações efetivas) e a média mensal do número de beneficiários (multiplicado por 12). Calculado pela seguinte fórmula:

TÍQUETE MÉDIO:  $\frac{\text{Contraprestações efetivas}}{\text{Média beneficiários} \times 12}$

Desta forma, observa-se que os indicadores de Sinistralidade (DM), Despesa de Comercialização (DC), Despesas Administrativas (DA), Índice Combinado (COMB) e Índice Combinado Ampliado (COMBA) eram obtidos por fórmulas específicas em 2017,mas que foram alteradas a partir de 2018. Este fato evidencia que a ANS busca continuamente refletir a realidade das operadoras de saúde para fins de transparência e comparabilidade, por meio do aprimoramento contínuo dos critérios usados para monitoramento e análise dos indicadores.

### 2.3.3 Qualidade nos processos e influência da agência reguladora da Saúde

A origem das Agências Reguladoras é inglesa, por meio da criação pelo Parlamento, em 1834, de diversos organismos autônomos, com o objetivo de aplicação dos textos legais. Mais tarde, os Estados Unidos implementaram um modelo administrativo estatal baseado no modelo de agências reguladoras(Moraes, 2002).

O modelo institucional regulatório brasileiro foi fortemente influenciado pelo modelo norte-americano, com inspiração, também, na experiência britânica pós-privatização (Mashaw, 1999), em formato e operacionalização que permitissem um sistema de procedimentos

destinados a garantir sua transparência e a possibilidade de ampla manifestação e defesa das partes atingidas.

Seguindo uma proposta de reforma do Estado, em 2000, a Lei federal nº 9.961 criou a ANS como uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Essa mesma lei conferiu à ANS a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (Brasil, 2000).

É possível perceber, por meio dos instrumentos normativos da ANS e da efetivação de suas ações, que a maior preocupação regulatória ao longo desses quase vinte anos de existência tem sido com os aspectos econômico-financeiros das operadoras. Dessa forma, pode-se dizer que a ANS começou um movimento de saneamento do mercado, colocando barreiras à entrada de novas operadoras, o que resultou na permanência e na entrada de operadoras mais sólidas, com maiores condições econômicas de arcar com os custos da assistência suplementar à saúde. Ao mesmo tempo, sob essa mesma lógica de saneamento, a ANS procedeu à liquidação de inúmeras operadoras que não se adequaram às novas diretrizes do setor. Em alguns casos, as próprias operadoras solicitaram o cancelamento de seus registros (Brasil, 2009).

O Programa de Qualificação das Operadoras (PQO), iniciado em 2004, foi planejado em etapas, de modo que se incorporaram outros indicadores aos hoje existentes. Baseado na avaliação de quatro dimensões do funcionamento do setor - estrutura e operação, assistencial, econômica e satisfação dos beneficiários - (Brasil, 2009), o programa foi uma medida para induzir e acompanhar a mudança de paradigma idealizada pela ANS, para o setor, objetivando avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde. O programa está sendo aprimorado anualmente e atualmente o nome do programa passou a ser chamado de Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS). Mas desde sua implantação tem como objetivos o estímulo da qualidade setorial e a redução da assimetria de informação, promovendo maior poder de escolha para o beneficiário e oferecendo subsídios para a melhoria da gestão das operadoras e das ações regulatórias da ANS.

Enfatiza-se que os programas Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS) e Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) foram implementados objetivando avaliar a qualificação das operadoras, a padronização dos dados e por meio deles possibilitou:

Maior poder de comparação do desempenho das operadoras;



- Foco em indicadores que avaliam a qualidade;
- Sinergia entre os diversos programas da ANS;
- A instituição da Pesquisa de Satisfação do Beneficiário;
- Ampliação dos subsídios às políticas regulatórias;
- Utilização de linguagem amigável para o público leigo.

O D-TISS é um painel disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para consultar dados recebidos através do Padrão TISS (Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar). Desde setembro de 2014 as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a enviar para a ANS os dados referentes aos atendimentos assistenciais prestados a seus beneficiários. A exploração e a tabulação desses dados possibilitam a geração de uma gama de informações que, ao serem disponibilizadas para a sociedade, garantem transparência e contribuem para a qualidade da atenção em saúde prestada e para a concorrência setorial.

Com o painel, é possível visualizar a quantidade e o valor médio de honorários praticados em procedimentos ambulatoriais (médicos, laboratórios, clínicas) e em procedimentos realizados em ambiente hospitalar nos estabelecimentos que prestam serviço às operadoras de planos de saúde.

Atualmente, mais de 3.000 procedimentos realizados na saúde suplementar estão disponíveis para consulta no D-TISS. O período dos dados compreende os meses de janeiro de 2015 a dezembro de 2018.

O D-TISS foi estruturado por ano, a partir de uma base de eventos e operadoras definida aplicando-se uma metodologia específica, considerando-se a completude dos dados informados no TISS. A completude dos dados é estabelecida através de uma razão que expressa a comparação entre os valores de eventos de atenção à saúde informados no TISS, em relação aos valores de despesas assistenciais do setor informados no DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde) pelas operadoras, no período considerado.(ANS, 2009)

A longitudinalidade e a sistematização do IDSS indicam que, ao contrário do que é perceptível nas estratégias de avaliação de desempenho do sistema público de saúde, existe no sistema privado uma sólida orientação da avaliação por resultados (Oliveira, 2006), ainda que se questione sob que interesses advoga a ANS(Ocké-Reis & Sophia, 2009).

Os resultados da avaliação das operadoras são traduzidos pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IDSS é um índice composto por um conjunto de indicadores agrupados em quatro dimensões e é calculado com base nos dados extraídos dos sistemas de informações da Agência ou coletados nos sistemas nacionais de informação em saúde.

O IDSS permite a comparação entre operadoras, estimulando a disseminação de informações de forma transparente e a redução da assimetria de informação, falha de mercado que compromete a capacidade do consumidor de fazer suas escolhas no momento da contratação ou troca de um plano de saúde e a ampliação da concorrência baseada em valor no setor.

O contratante do plano de saúde tem a expectativa de que a operadora lhe garanta acesso a serviços de saúde com qualidade se precisar o que, em grande média, é também uma relação agente-principal. Nos planos de saúde, é fundamental garantir aos contratantes e beneficiários que a assistência à saúde será prestada quando for preciso. A operadora é o agente cujas práticas devem estar alinhadas ao interesse do principal, o contratante do plano de saúde. Por este motivo, em 2019, a ANS entendeu que uma operadora com boas práticas de controles internos e de gestão de riscos, tenderá a ter redução de desperdícios, otimização de processos e melhoria no resultado(ANS, 2019a).

Isto posto, os provedores de serviços de saúde, como hospitais, clínicas e laboratórios, ao se relacionarem com operadoras cujos processos de trabalho interno são estruturados para reduzirem riscos (operacionais e legais, por exemplo), terão menos conflitos comerciais. Todavia, o principal beneficiário externo é quem contrata uma operadora com boas práticas de governança.

#### 2.3.4 RN 443/2019

A Comissão Permanente de Solvência (CPS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) identificou que poucas operadoras de saúde suplementar adotaram as práticas de governança corporativa. sendo que muitas delas não adotaram as práticas de governança corporativa e gestão de riscos ou se adotaram, ainda estão pouco maduras. A partir deste estudo, foram realizadas consulta e audiência públicas para elaborar documentos sobre o tema. Assim, em janeiro de 2019 foi publicada no Diário Oficial da União a RN nº 443 pela ANS requerendo a adoção de práticas de governança corporativa a Operadoras de Saúde Suplementar com o objetivo de melhorar a sustentabilidade do setor a partir do estímulo a práticas de governança corporativa, controles internos e gestão de riscos. A GC tem papel fundamental na proteção dos

beneficiários, garantindo que a assistência será prestada sempre que for necessário, e também no fortalecimento da gestão da empresa. O gerenciamento dos riscos contribui positivamente para a perenidade da empresa. (ANS, 2019c)

Para a população, a RN nº 443 (ANEXO) auxilia na transparência das Operadoras de Saúde Suplementar, protegendo os interesses dos usuários, pois a resolução define que as práticas de governança corporativa, de controles internos e de gestão de riscos devem ser coerentes com a complexidade de suas atividades, estando formalizadas em contrato social ou estatuto, regulamento ou regimento interno devidamente aprovados por instâncias máximas e divulgadas a todas as partes interessadas. Além de transparência, os princípios de equidade, responsabilidade corporativa e prestação de contas devem ser adotados, implantados, implementados e avaliados periodicamente nas práticas de gestão corporativa, de gestão de riscos e de controles internos.

Ademais, as operadoras de médio e grande porte - com exceção daquelas classificadas como autogestão - devem enviar anualmente o Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA) elaborado por um auditor independente e referente ao exercício anterior no que compete aos processos de GC, gestão de riscos e controles internos da operadora de saúde.

A ANS disponibilizou no sítio eletrônico da ANS: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), no dia 31 de maio de 2019, um Manual de GC para fins de solvência com o objetivo de orientar as operadoras sobre os procedimentos a serem observados no envio das obrigações periódicas, assim como nas solicitações de redução de fatores de capital regulatório e de modelo próprio baseado em riscos, conforme requisitos que serão exigidos a partir de 2023. O documento objetiva sedimentar o terreno do gradualismo da RN no. 443/19, que é pautada no gradualismo e previsibilidade, permitindo que as operadoras, desde agora, possam se preparar para as novas exigências normativas. Compreende-se que as operadoras passarão por uma adaptação de suas estruturas e culturas internas, o que demandará tempo e esforço (ANS, 2019a).

O prazo para exigência da implementação será :

I – obrigatoriamente até 31 de dezembro 2022,

- a) para as operadoras de grande e médio portes (acima de 20 mil beneficiários);
- b) para as administradoras de benefícios; e

II – facultativo:

– para as operadoras de pequeno porte e as operadoras classificadas nas modalidades de Autogestão por Departamento de Recursos Humanos.

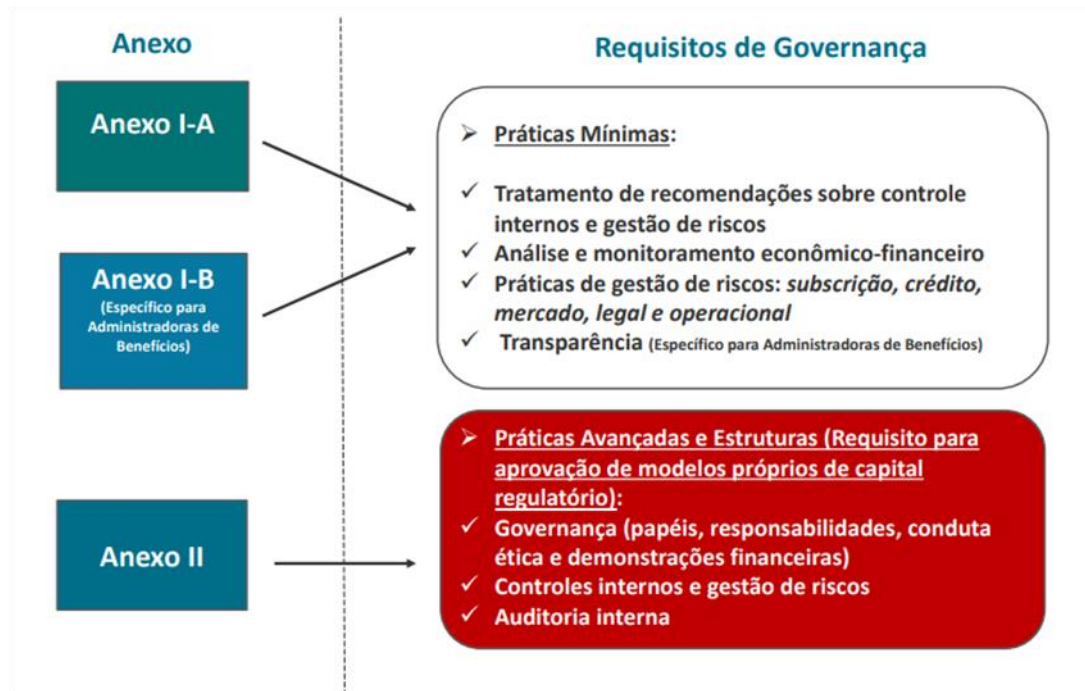
Assim, o citado PPA deverá ser encaminhado no prazo limite definido para o envio do DIOPS Financeiro do 1º trimestre de 2023.

A operadora que comprovar o atendimento a todos os requisitos por meio de envio à ANS de relatório de PPA de Governança poderá solicitar a redução de fatores de capital regulatório (Nível I) ou a adoção do modelo próprio (Nível II), a serem observados para atuação no setor de saúde suplementar.

No Manual pode-se obter detalhes das recomendações de práticas mínimas relacionadas a gestão de risco e controles internos, auditoria interna, envio de informação periódica, sistemática do “pratique ou explique”, entre outros esclarecimentos adicionais objetivando cumprimento da RN 443/19.

Contém anexos específicos para cada requisito de governança, como pode-se observar na Figura 11.

**Figura 11- Requisitos de GC**



Fonte: Manual de GC para fins de Solvência - ANS

### 3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este capítulo tem como finalidade abordar a metodologia utilizada para pesquisa, relatando o delineamento da pesquisa, os procedimentos de coleta e análise dos dados e sobre as limitações da pesquisa. Optou-se pelo método quantitativo pois o objetivo desta pesquisa é demonstrar que as operadoras de saúde que adotam as boas práticas de governança corporativa tendem a contribuir para melhoria dos resultados econômico-financeiros, e desta forma reduzir o risco da insolvência. Na análise exploratória e quantitativa as questões de pesquisa não devem ser perguntas que exijam um sim ou não como resposta (Nenty, 2009). Elas devem ser emolduradas para fornecer um guia para a condução do estudo. O processo de pesquisa é cíclico, sendo que a pesquisa quantitativa começa a partir de teoria, passa pelo procedimento de validação teórica e termina em teoria.

#### 3.1 Delineamento da Pesquisa

Na primeira etapa desta pesquisa realizou-se o levantamento bibliográfico e, a partir dele identificou-se a pergunta: Como a GC pode contribuir para o monitoramento e melhoria do desempenho das operadoras de saúde suplementar? Posteriormente, seguiram-se outros passos como novas pesquisas bibliográficas, planejamentos da abrangência dos dados econômico-financeiros a serem utilizados para a pesquisa. Com essas etapas definidas, realizou-se o levantamento da base de dados disponível no sítio eletrônico da ANS para análise dos dados e dos indicadores. Na quinta etapa realizou-se a descrição dos resultados obtidos nas análises dos dados (Quadro 2).

ETAPA	DESCRIÇÃO
Etapa 1	Escolha do tema; Levantamento bibliográfico; Formulação do problema; Definição dos objetivos.
Etapa 2	<b>Levantamento bibliográfico para redação do Referencial Teórico; Definição do método da pesquisa;</b>
Etapa 3	Pesquisa dos dados econômico-financeiros das operadoras
Etapa 4	<b>Análise e comparação dos Dados</b>
Etapa 5	Descrição dos resultados obtidos na análise dos dados.

**Quadro 2** – Etapas do delineamento da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e quantitativa em que foram analisados e comparados indicadores econômico-financeiros e informações obtidos por meio dos dados das

Demonstrações Contábeis transmitidas para o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), das informações da Troca de Informações em Sistema Suplementar (TISS), do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e do Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP).

A análise transcorreu a partir de documentos oficiais pertinentes quanto a legislação, órgão regulador, e dados financeiros enviados pela empresa para publicação no sítio eletrônico da ANS sobre a temática da pesquisa.

Desse modo, para alcançar os objetivos da pesquisa, além da leitura da fonte de documentos oficiais produzidos pela ANS, pelo Ministério da Saúde, pelo IBGE, pela política de qualificação da saúde suplementar no Brasil, legislação, foram analisados os sistemas de informação do Datasus (TABnet) e o Espaço Qualidade e o Anuário constantes no site da ANS, objetivando evidenciar a tendência de que a maioria das empresas que implantaram as práticas de governança corporativa tiveram seus indicadores de desempenho melhores do que a média do seu setor. Além disso, ressaltar a importância do monitoramento dos indicadores econômico-financeiros são imprescindíveis para garantir a solvência das operadoras de saúde, e em caso de constatar-se uma tendência ou possibilidade de iniciar um trajeto para insolvência, ter ferramentas que auxiliem no processo decisório.

É importante destacar que o mercado de planos de saúde no Brasil não é composto por um empresariado homogêneo (Barbosa, 2003). Muito pelo contrário, trata-se de um mercado composto por uma diversidade de empresas, denominadas de operadoras de planos de saúde, com diferentes portes, diferentes arranjos jurídico institucionais, com e sem fins lucrativos, que têm em comum, basicamente, a atividade de comercializar planos de saúde (Costa et al., 2013).

Somado a isso, com o intuito de ilustrar sobre o tema GC cuja implantação das práticas é recente na maioria das operadoras de saúde suplementar ou está em início de implantação, foram consultados trabalhos acadêmicos, livros de autores que são executivos ou profissionais experientes da área da saúde. A busca se deu por meio dos seguintes descritores: GC, Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS), indicadores de desempenho socioeconômico, Anuário, Balanço Patrimonial, RN 443/19.

### 3.2 Procedimentos de coleta dos dados

Para seleção do material, foi utilizada a base eletrônica da ANS disponível no domínio <http://www.ans.gov.br/> pelo fato de nortear a elaboração do conteúdo, sendo inquestionável que a regulamentação e a atuação da ANS proporcionaram significativa contribuição para o setor de saúde suplementar, e a inclusão da agência reguladora no filtro da busca foi

indispensável para evidenciar o estudo sobre a contribuição da GC. Foi utilizada também a base eletrônica do IBGC disponível no domínio <http://www.ibgc.gov.br/>, mediante o seguinte critério de busca: “governança corporativa” e “governança corporativa nas operadoras de saúde suplementar”.

Após leitura de publicações que versavam sobre o tema foram selecionados para análise algumas pesquisas relacionadas ao tema que foram elencadas na lista das referências.

Ademais, foram pesquisados livros de estudiosos sobre o tema de estratégia, governança, que contribuíram para refletir sobre os efeitos das mudanças no cenário brasileiro e mundial dos negócios em geral, assim como das operadoras de saúde, e que foram relacionados na lista das referências.

Na etapa seguinte, foram levantados os dados econômico-financeiros das operadoras de saúde publicados no site da ANS, oriundos do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP) e Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) e o Anuário. Em seguida foram tabulados e analisados.

O período utilizado para os indicadores e dados desta pesquisa variou de acordo com a especificidade de cada informação relativa as operadoras. Assim, para analisar os dados dos beneficiários, utilizou-se o SIB sendo que foi necessário ampliar o período da coleta de dados para ilustrar a curva de crescimento e redução, e desta forma, utilizou-se o período de 2000 a 2019. Os dados coletados da quantidade das operadoras foram obtidos do Cadastro de Operadoras e do SIB e foi necessário analisar o período de 2009 a 2019. Os dados das receitas de contraprestações foram obtidos do DIOPS e o período coletado foi de 2010 a 2019. Para análise dos dados relativos aos indicadores de desempenho que foram obtidos do IDSS, utilizou-se o período de 2014 a 2018, sendo que os dados de Dez/2019 ainda não foram publicados, até a elaboração desta pesquisa. Na base do DIOPS foram coletados dados de 579 operadoras para o ano de 2014, 599 operadoras para 2015, 1.165 operadoras para 2016, 1.130 operadoras para 2017 e 1124 operadoras para 2018.

Para os dados relativos aos indicadores de rentabilidade, capital, operacional e liquidez, utilizou-se o mesmo período e os mesmos Demonstrativos Contábeis (Balanço e Demonstração de Resultado) usados para os indicadores de desempenho (IDSS).

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento no banco de dados, descrito na metodologia, permitiu a análise dos indicadores de desempenho (IDSS) e dos indicadores de rentabilidade, capital, operacional e liquidez. Conforme mencionado, esses dados são oriundos das informações financeiras que as operadoras transmitiram para a ANS e que estavam em conformidade com os requisitos.

A análise desses indicadores contribui para verificar se a operadora de saúde suplementar se encontra em situação de solvência ou não. Entretanto para a análise proposta nesta pesquisa, constatou-se que há uma variação nos resultados apurados pelos indicadores de desempenhos socioeconômicos e operacional e tal fato dificultou uma análise crítica mais fundada acerca dos impactos causados pela utilização dos dados dos indicadores, por este motivo, realizou-se o cálculo da média dos resultados dos indicadores de desempenho (IDSS) para todas as empresas de saúde suplementar, considerando as que tem GC e as que não tem. Segregou-se, por modalidade, e considerou-se o período compreendido entre 2014 e 2018 (sendo que os dados se referem ao exercício imediatamente anterior, ou seja, os dados são dos períodos base de 2013 a 2017).

### 3.4 LIMITAÇÃO DA PESQUISA

Todos os métodos têm possibilidades e limitações (Vergara, 2006). A prestação de serviços em saúde resulta dos processos realizados em toda a cadeia de fornecedores, clientes, hospitais, diagnósticos e laboratórios, e pelo fato desta pesquisa estar focada nas Operadoras de Saúde, sugerimos que outras pesquisas relacionadas a boas práticas de governança possam ser realizadas nos hospitais, diagnósticos e laboratórios e contribuir para evitar a insolvência das operadoras e de toda a cadeia produtiva da área da saúde.

## 4 RESULTADO DA PESQUISA E DISCUSSÃO

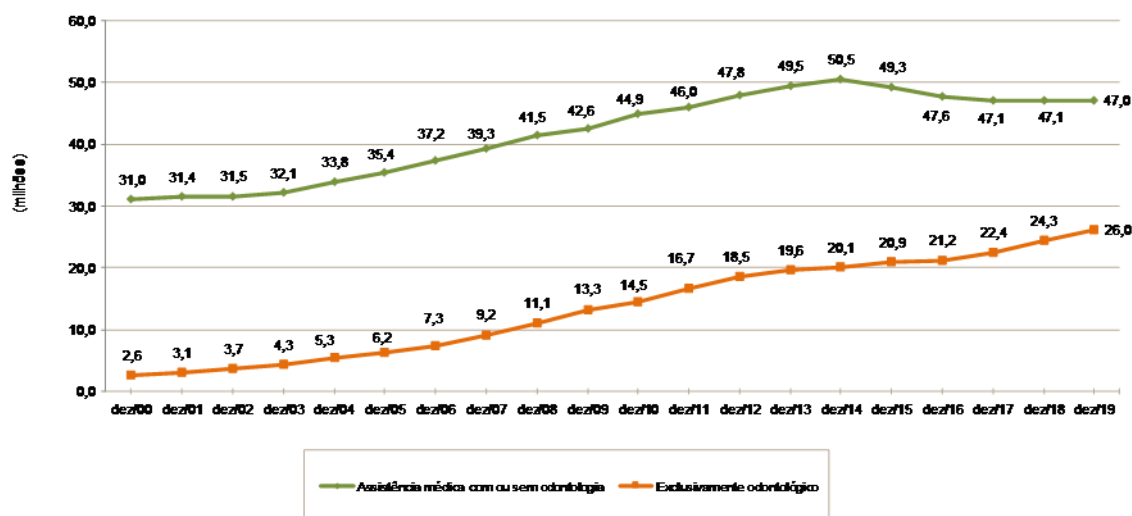
Para esta pesquisa foi utilizada a base de dados da ANS e foi divulgado que o setor de planos de saúde encerrou o ano de 2019 com o total de 47.039.728 beneficiários em planos de assistência médica em todo o Brasil, mantendo o mesmo patamar em relação a quantidade de beneficiários nos períodos de 2016 a 2018. Desse total geral de beneficiários, 26.024.494 são beneficiários em planos exclusivamente odontológicos (Quadro 3).



Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
dez/09	42.561.398	13.253.744
dez/10	44.937.350	14.514.074
dez/11	46.025.814	16.669.935
dez/12	47.846.092	18.538.837
dez/13	49.491.826	19.561.930
dez/14	50.531.748	20.081.836
dez/15	49.260.076	20.852.014
dez/16	47.626.839	21.205.656
dez/17	47.088.080	22.395.238
dez/18	47.100.199	24.284.845
dez /19	47.039.728	26.024.494

**Quadro 3 - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019)**  
**Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários- SIB/ANS/MS**  
**Dados atualizados até 12/2019**

**Figura12 –Gráfico da quantidade de beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2000-2019)**



Fonte: SIB/ANS/MS-04/19

Pelo gráfico demonstrado na Figura12, percebe-se a curva relativa à quantidade de beneficiários, desde o ano 2000 até o ano de 2019. O objetivo é ressaltar que nas operadoras com ou sem odontologia, houve um crescimento na quantidade de beneficiários para o período de 2000 a 2014, sendo que para os anos de 2015 e 2016, houve uma redução, e para o período de 2017 a 2019 permaneceu em 47 milhões. Entretanto, analisando as operadoras exclusivamente odontológicas, percebe-se um crescimento constante na quantidade de beneficiários, desde o ano 2000 até 2019.

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Novo	Antigo	Total	%
<b>Assistência médica c/ ou s/ odontologia</b>	<b>43.369.650</b>	<b>3.725.445</b>	<b>47.095.095</b>	<b>100%</b>
<b>Individual ou Familiar</b>	<b>8.018.583</b>	<b>1.015.827</b>	<b>9.034.410</b>	<b>19%</b>
<b>Coletivo Empresarial</b>	<b>30.353.498</b>	<b>1.404.326</b>	<b>31.757.824</b>	<b>67%</b>
<b>Coletivo por adesão</b>	<b>4.996.615</b>	<b>1.211.238</b>	<b>6.207.853</b>	<b>13%</b>
<b>Coletivo não identificado</b>	<b>633</b>	<b>0</b>	<b>633</b>	<b>0%</b>
<b>Não Informado</b>	<b>321</b>	<b>94.054</b>	<b>94.375</b>	<b>0%</b>
<b>Exclusivamente odontológicos</b>	<b>25.034.616</b>	<b>279.065</b>	<b>25.313.681</b>	<b>100%</b>
<b>Individual ou Familiar</b>	<b>4.431.905</b>	<b>2.330</b>	<b>4.434.235</b>	<b>18%</b>
<b>Coletivo Empresarial</b>	<b>18.239.296</b>	<b>235.060</b>	<b>18.474.356</b>	<b>73%</b>
<b>Coletivo por adesão</b>	<b>2.361.486</b>	<b>29.265</b>	<b>2.390.751</b>	<b>9%</b>
<b>Coletivo não identificado</b>	<b>1.857</b>	<b>0</b>	<b>1.857</b>	<b>0%</b>
<b>Não Informado</b>	<b>72</b>	<b>12.410</b>	<b>12.482</b>	<b>0%</b>

**Quadro 4 – Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil – Dezembro/2019).**

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS/MS  
Dados atualizados até 12/2019

Ao analisar-se a distribuição da quantidade de beneficiários, com ou sem odontologia, por tipo de plano, verifica-se que 67% dos beneficiários pertencem ao plano coletivo empresarial, 19% contrataram plano individual ou familiar e 13% em plano coletivo por adesão. Com relação as operadoras exclusivamente odontológicas constata-se a mesma distribuição sendo que os percentuais são, 73%, 18% e 9%, respectivamente.

Ano	% Redução da quantidade de operadoras médico-hospitalares	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Total de operadoras com beneficiários
dez/09		1.095	403	1.498
dez/10	5%	1.045	374	1.419
dez/11	3%	1.015	369	1.384
dez/12	6%	962	359	1.321
dez/13	5%	920	344	1.264
dez/14	5%	874	343	1.217
dez/15	6%	828	327	1.155
dez/16	5%	790	305	1.095
dez/17	3%	766	291	1.057
dez/18	2%	749	289	1.038
dez/19	3%	727	280	1.007

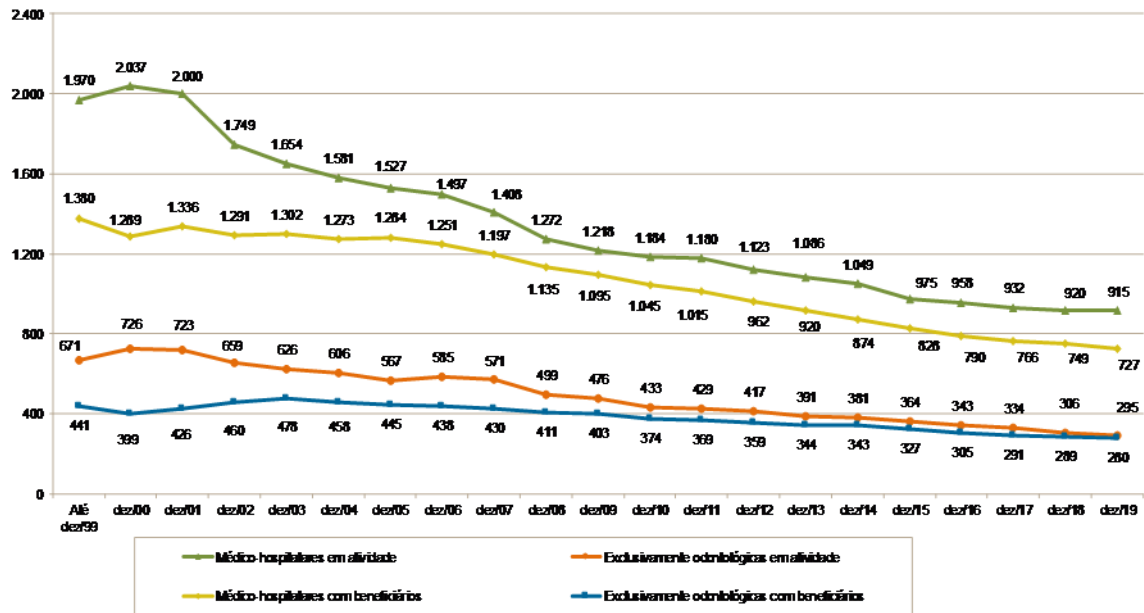
**Quadro 5 – Cadastro de operadoras**

Fontes: Cadastro de Operadoras/ANS/MS e Sistema de Informações de Beneficiários- SIB/ANS/MS

Nota-se que houve uma redução constante na quantidade de operadoras. Em 2019 a Agência Nacional de Saúde informou a quantidade de 1.007 operadoras, sendo que 727 eram operadoras médico-hospitalares. Em 2009, o total era de operadoras era 1.419, porém, reduziu para 1.007 em 2019, o que significa uma redução de 32,7% num período de 10 anos. É importante observar que ocorreu uma redução anual, variando de 2 a 5%, na quantidade de operadoras médico-hospitalares.

Conforme observado na figura 13, em dezembro de 2009, havia 1.498 empresas operadoras de saúde que teve um decréscimo na quantidade a cada ano, sendo que em 2014 havia 1.217 empresas operadoras de saúde e em dezembro de 2018, esse número havia diminuído para 1.038 operadoras ativas, e nesta data, foi publicado o número de operadoras para dezembro de 2019 que totalizou 1.007 operadoras. Essa preocupação em relação à concentração do setor se acentua à medida que o capital estrangeiro, autorizado legalmente, vem comprando empresas de grande porte de planos de saúde privados, como por exemplo, Amil e a HAPVIDA, detentoras de uma vasta cartela de beneficiários. Todavia, a despeito dessas limitações, os dados parecem mostrar uma importante evolução do setor privado no que tange à busca pela qualificação, especialmente nos últimos quatro anos, quando a comparabilidade dos índices é maior em função da estabilidade do acervo de indicadores. Nesse sentido, ao avaliar o desempenho da ANS e das operadoras de planos privados de saúde, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) parece buscar não apenas classificar, mas abrir possibilidades para acréscimos de qualidade ao modo de fazer dessas instituições, de maneira que elas se responsabilizem pela produção de serviços de saúde, que de fato contribuam para elevar os níveis de saúde dos brasileiros cobertos por planos privados. Nessa direção, os dados tendem a afirmar que, embora a avaliação ainda seja tecnocrática, o movimento em prol da qualificação das ações e serviços à saúde está sendo feito pela ANS.

Figura 13 – Evolução do registro de operadoras (dez/1999 a dez/2019)



Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2019 e SIB/ANS/MS – 12/2019

Nota: Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora

Na figura 13, considerou-se importante ampliar o período da análise da quantidade de operadoras, buscando dados desde o ano de 1999 para demonstrar a redução constante do registro de operadoras. Entende-se que criação de regulação e exigências efetuadas pela Agência Nacional de Saúde foi um dos motivos para redução, e também, conforme já mencionado nesta pesquisa, pelas mudanças internas e externas organizacionais que impactaram na dificuldade da perenidade das operadoras.

Ano	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
2010	74.539.331.508	18.145.790.904	59.711.429.527	12.338.786.866	2.322.414.750	12.494.352.603
2011	84.821.575.963	19.750.658.043	68.864.809.673	13.204.508.561	2.745.924.331	14.154.092.321
2012	95.853.680.339	20.360.813.441	80.112.826.811	14.261.625.566	3.152.901.509	13.682.829.619
2013	109.927.620.595	14.910.319.352	90.925.302.328	15.017.643.463	3.501.861.811	14.132.771.296
2014	127.777.444.503	14.910.944.501	106.496.081.722	16.816.617.032	4.172.816.917	15.048.990.235
2015	144.701.906.083	15.333.832.284	120.119.877.388	17.830.659.710	4.839.088.798	16.111.089.254
2016	163.246.294.916	17.240.240.037	137.123.914.097	19.372.921.338	5.384.362.883	17.946.513.808
2017	180.893.859.503	17.028.477.006	150.583.574.465	20.176.363.171	5.455.991.738	18.025.945.719
2018	197.438.238.418	13.268.654.502	161.469.397.459	20.578.358.346	5.924.588.751	16.236.544.754
2019	158.774.032.894	9.752.599.709	130.776.315.585	15.908.779.726	4.813.022.814	11.874.727.011

Quadro 6 – Receita de contraprestações das operadoras brasileiras (em Reais) – 2010 a 2019

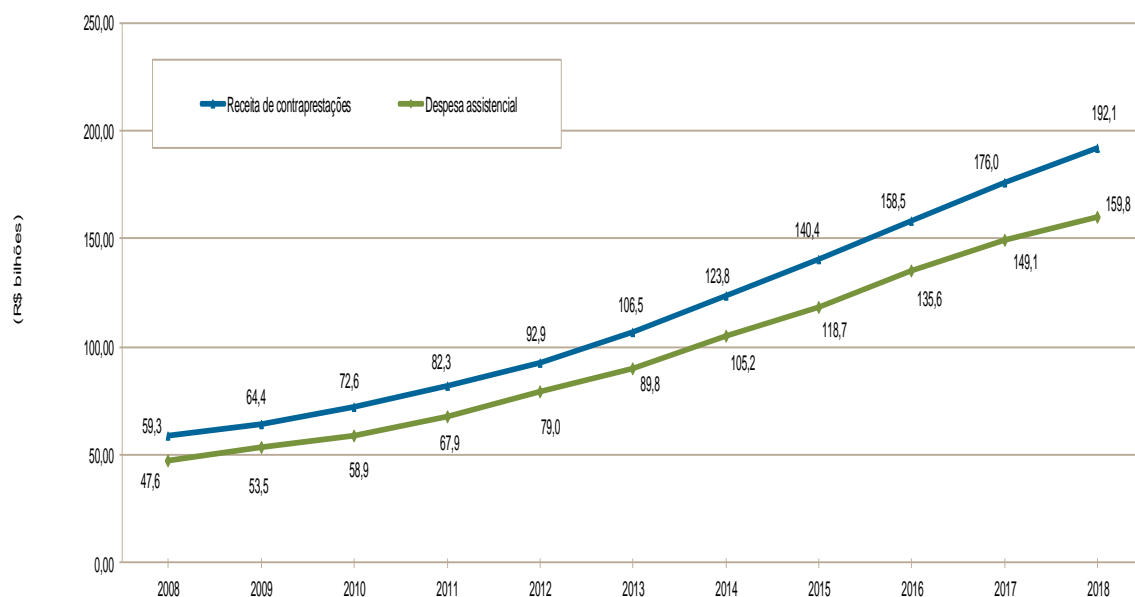
Fontes: DIOPS/ANS/MS – 29/11/2019

Notas: 1. Dados de 2019 referentes ao acumulado do 3º trimestre.

1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

2. Operadoras da modalidade de autogestão passaram a enviar informações financeiras, obrigatoriamente, a partir de 2007, com exceção daquelas por SCP (Secretaria Previdência Complementar), obrigadas a partir de 2010. As autogestões, por RH (Recursos Humanos) não são obrigadas a enviar informações financeiras.

Figura 14 – Gráfico da receita de contraprestações das operadoras (Brasil – 2008-2018)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2019

Nota-se pelo gráfico demonstrado na figura 14 que há um crescimento constante da receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares no período de 2008 a 2018.

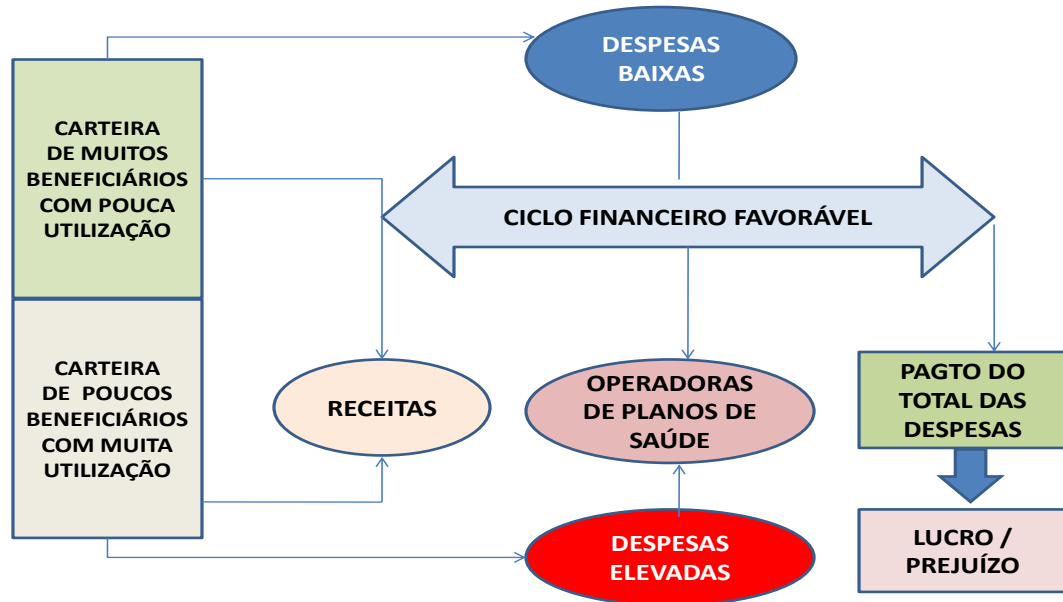
Ano	Receita de contraprestações - R\$	Total Operadoras com beneficiário	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia
2009	74.539.331.508	1.498	42.561.398
2019	158.774.032.894	1.007	47.039.728
<b>% 2019 em relação a 2010</b>	<b>113%</b>	<b>-32,7%</b>	<b>11%</b>

Quadro 7 – Análise comparativa entre os anos de 2010 e de 2019

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dados da pesquisa.

Analisando as informações contidas nos quadros 4, 6 e 7 informando, respectivamente, o total de beneficiários, a quantidade de operadoras médico-hospitalares e a receita de contraprestações, criou-se o quadro 8 onde pode-se observar que houve um aumento de 11% na quantidade de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, um aumento de 113% na receita de contraprestações porém uma redução de 34% no total da quantidade de operadoras.

Figura 15 - O ciclo financeiro das operadoras de planos de saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 15 expressa a necessidade de gerenciar o ciclo financeiro das operadoras de saúde suplementar pois um grande desafio é que os custos assistenciais sejam menores do que a receita de contraprestações. Isto posto, é importante ressaltar a necessidade de monitoramento dos indicadores do ciclo financeiro. O PMCR indica o tempo médio que a operadora leva para receber as vendas realizadas e o PMPE mede o tempo médio que a operadora leva para pagar os eventos assistenciais, ambos indicadores tem suas fórmulas demonstradas no item 2.3.2 desta pesquisa.

Observa-se que para os quatro primeiros exercícios, houve uma crescente melhoria no resultado dos indicadores (que variam entre zero e um), para todas as modalidades (Figura 13), e pode-se afirmar que há uma evolução constante na qualidade. Essa constatação evidencia, por meio do IDSS, uma evolução positiva na qualidade das operadoras, que, sem dúvida, se reflete na expectativa de melhoria na oferta de serviços ao beneficiário (Leal & Matos, 2009).

Contudo, a respeito dos dados fornecidos que sustentam a elaboração do IDSS, denunciam que, em relação à confiabilidade das informações fornecidas pelas operadoras para o IDSS, não há formas sistemáticas previstas para garantir a validade dos dados pela ANS no PQSS. Outra questão relacionada a esse pano de fundo regulatório é o crescente movimento de concentração

do mercado de operadoras de planos de saúde, dada a redução significativa do número de empresas desde que o IDSS foi implantado em 2005 (Escrivão Junior & Koyama, 2007).

Por esta razão, a ANS está aumentando o monitoramento, as exigências relacionadas a padronização e transparência das informações, por meio das exigências regulatórias sendo uma delas a RN 443/19 objetivando que as práticas de governança corporativa, e os departamentos da segunda e terceira linha de defesa venham contribuir para aceleração da padronização e transparência das informações (ANS, 2019c). Em decorrência da uniformização das regras de funcionamento do mercado, fiscalização das irregularidades econômico-financeiras das operadoras e eliminação das empresas fraudulentas, paradoxalmente, há um favorecimento da concentração do mercado em favor dos oligopólios privados (Ocké-Reis, 2004).

Importante enfatizar que na Figura 13, se percebe em destaque os indicadores relativos ao ano de 2018 sendo que, para todas as modalidades, houve uma redução do resultado dos indicadores e o principal motivo decorreu do aumento da rigorosidade da qualidade da informação e dos requisitos exigidos pela agência reguladora (ANS).

Tabela 3 - Taxa de sinistralidade e receita média mensal das operadoras de planos privados de saúde, segundo porte da operadora (Brasil – 2017-2018)

Porte da Operadora	2017		2018	
	Taxa de sinistralidade ou DM (%)	Receita média mensal (R\$ MM)	Taxa de sinistralidade ou DM (%)	Receita média mensal (R\$ MM)
<b>OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES</b>	84,70%	311,3	83,20%	338,75
Pequeno porte (até 20 mil beneficiários)	83,70%	274,65	81,30%	303,27
Médio porte (20 mil a 100 mil beneficiários)	85,30%	250,5	83,40%	272,99
Grande porte (acima 100 mil beneficiários)	84,60%	335,67	83,30%	364,81

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 08/04/2019 e SIB/ANS/MS - 04/2019

Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

2. Não inclui receitas e despesas de Autogestões por RH (Recursos Humanos), não obrigadas a enviar informações financeiras.

3. Operadoras exclusivamente odontológicas com menos de 20 mil beneficiários estão desobrigadas do envio das informações financeiras nos três primeiros trimestres.

Observa-se que a média da sinistralidade apurada para todos os portes das empresas médico-hospitalares ficou acima de 80% para os anos de 2018 e 2017 para as operadoras médico-hospitalares.

**Figura 16** – Média do IDSS para todas as operadoras (calculado por modalidade)

MODALIDADE	MÉDIA DO IDSS				
	2014 (2013)	2015 (2014)	2016 (2015)	2017 (2016)	2018 (2017)
Autogestão	0,6879	0,7523	0,7843	0,8201	0,6320
Autogestão por RH	0,6155	0,6363	0,6650	0,7036	0,4541
Cooperativa Médica	0,7369	0,7878	0,7105	0,7970	0,6788
Cooperativa odontológica	0,7280	0,7893	0,7909	0,8092	0,6821
Filantropia	0,6331	0,6915	0,6978	0,8135	0,6442
Medicina de Grupo	0,6125	0,6640	0,6490	0,7205	0,5340
Odontologia de Grupo	0,5858	0,6427	0,6488	0,6511	0,4636
Seguradora Especializada em Saúde	0,6721	0,6772	0,7701	0,7479	0,6658

Fonte: Elaborado pela autora.

Partindo do pressuposto que a ANS está mais rigorosa com relação ao cumprimento dos requisitos estabelecidos para os dados transmitidos, conclui-se analisando a figura 13, que isso pode ter sido um dos fatores que resultaram na uma redução anual, constante, na quantidade das operadoras que conseguiram enviar os dados de acordo com os requisitos, sendo que as demais, passaram para a relação das operadoras que não conseguiram. As operadoras que não tiveram suas informações divulgadas pela ANS, possivelmente, não enviaram no prazo estabelecido ou transmitiram informações incompletas, resultando em rejeição dos dados por parte da reguladora e portanto, passando a integrar a relação das empresas com dados não divulgados.

A despeito dos resultados gerados pelo IDSS, no período de 2014 a 2018, observou-se, conforme dados da ANS, uma diminuição no número de operadoras ativas, avaliadas pela Qualificação das Operadoras e um aumento no número de operadoras com ND, ou seja, que não transmitiram os dados para a ANS e impossibilitando a divulgação dos indicadores do desempenho da operadora. Ou seja, analisando-se a variação do ano de 2014 para 2015, observa-se que houve uma variação de 45 operadoras.

Em outras palavras, as operadoras que transmitiram o IDSS atendendo os requisitos totalizaram 1.075 operadoras no ano de 2014 (Figura 17), enquanto no ano de 2015 essa quantidade foi reduzida para 1.030 operadoras (Figura 18), ou seja, uma redução de 45 operadoras. Quanto ao total de operadoras que não conseguiram enviar as informações, observa-se que 702 (Figura 17) operadoras não tiveram sucesso, no ano de 2014, enquanto no ano de 2015 essa quantidade aumentou para 747 (Figura 18), ou seja, um aumento de 45 operadoras.



**Figura 17** – Total de empresas que enviaram informações IDSS para ANS atendendo requisitos ( por modalidade)

MODALIDADE	ENVIARAM INFORMAÇÕES PARA ANS				
	2014 (2013)	2015 (2014)	2016 (2015)	2017 (2016)	2018 (2017)
Autogestão	139	133	114	110	107
Autogestão por RH	34	36	38	38	34
Cooperativa Médica	293	291	283	278	270
Cooperativa odontológica	112	108	107	106	103
Filantropia	60	47	42	30	28
Medicina de Grupo	226	219	210	198	186
Odontologia de Grupo	200	186	173	171	147
Seguradora Especializada em Saúde	11	10	8	9	8
<b>TOTAL</b>	<b>1075</b>	<b>1030</b>	<b>975</b>	<b>940</b>	<b>883</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 18** – Total de empresas sem dados IDSS publicados pela ANS ( por modalidade)

MODALIDADE	OPERADORAS COM DADOS NÃO DIVULGADOS (ND)				
	2014 (2013)	2015 (2014)	2016 (2015)	2017 (2016)	2018 (2017)
Autogestão	90	96	115	119	122
Autogestão por RH	5	3	1	1	5
Cooperativa Médica	49	51	59	64	72
Cooperativa odontológica	28	32	33	34	37
Filantropia	38	51	56	68	70
Medicina de Grupo	306	313	322	334	346
Odontologia de Grupo	183	197	210	142	236
Seguradora Especializada em Saúde	3	4	6	5	6
<b>TOTAL</b>	<b>702</b>	<b>747</b>	<b>802</b>	<b>767</b>	<b>894</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

ND - notas não divulgadas ou não disponíveis para o ano base.

As operadoras relacionadas na Figura 15 não tiveram suas demonstrações contábeis e indicadores reportados no Anuário por motivo de envio com informações inconsistentes ou por falta de envio do DIOPS.

Na figura 19, estão informadas as quantidades de médico-hospitalares com ou sem odontologia e também a quantidade de operadoras exclusivamente odontológicas que conseguiram atender os critérios e as exigências legais da ANS relativo para envio dos dados do DIOPS (Balanço, DRE e indicadores). Percebe-se que houve um acréscimo significativo de 2014 a 2018, sendo que a quantidade de operadoras que transmitiram os dados em conformidade com as regras, aumentou 94% no ano de 2018 em relação ao ano de 2014.

Figura 19 – Total de operadoras com dados Balanço, DRE e indicadores publicados pela ANS

Ano	Segmento médico-hospitalar	Segmento exclusivamente odontológicos	Total operadoras com dados publicados
2014	429	150	579
2015	443	156	599
2016	867	298	1165
2017	841	289	1130
2018	849	275	1124

Fonte\_ DIOPS 2014 a 2018

Figura 20– IDSS das empresas com práticas de GC

EMPRESA	Modalidade	2014 (2013)	2015 (2014)	2016 (2015)	2017 (2016)	2018 (2017)
1	A	0,6690	0,7355	0,7276	0,7415	0,5630
2	B	0,6383	0,6958	0,7746	0,7421	0,5458
3	B	0,6527	0,8219	0,8030	0,8820	0,7658
4	B	0,7531	0,7448	0,8177	0,8689	0,7087
5	B	0,7598	0,7562	0,6555	0,8249	0,9576
6	B	0,7686	0,7998	0,6429	0,6999	0,5701
7	B	0,7784	0,8068	0,8383	0,8896	0,8037
8	B	0,8124	0,8732	0,8321	0,9115	0,8975
9	B	0,8266	0,8449	0,8278	0,8553	0,7918
10	B	0,8500	0,8621	0,7814	0,8479	0,8997
11	B	0,8505	0,8590	0,6764	0,8279	0,7749
12	B	0,8562	0,8852	0,7437	0,8707	1,0000
13	C	0,6279	0,7510	0,8762	0,8098	0,7770
14	C	0,7932	0,7948	0,6966	0,8502	1,0000
15	D	0,6981	0,7363	0,8898	0,8763	0,9027
16	D	0,7378	0,7604	0,6460	0,7577	0,7205
17	D	0,7494	0,7872	0,7816	0,7602	0,4554
18	D	0,7527	0,7830	0,7713	0,7518	0,5910
19	D	0,7685	0,7819	0,7939	0,7784	0,8173
20	D	0,7858	0,7977	0,8546	0,8196	0,8014
21	E	0,8550	0,8929	0,9118	0,6943	0,7582
22	E	0,9015	0,8840	0,8720	0,9027	0,8067
23	F	0,6602	0,6830	0,8118	0,8427	0,7437
24	F	0,7857	0,7980	0,8960	0,8665	0,7674
25	F	0,7881	0,8130	0,8820	0,8996	0,9614

Fonte: Elaborado pela autora.

#### Legenda

Autogestão	A
Cooperativa Médica	B
Filantropia	C
Medicina de Grupo	D
Odontologia de Grupo	E
Seguradora Especializada em Saúde	F

Para a pesquisa, buscou-se as informações relativas a empresas que adotaram as práticas de governança corporativa, e realizou-se uma seleção randômica e estatística inferencial, na base de dados das operadoras de saúde que enviaram as informações que cumpriram os prazos e atenderam os requisitos, e dessa forma, possibilitando que os dados do IDSS fossem disponibilizados no sítio eletrônico da ANS. O critério para seleção foi: operadoras com mais de 100 mil beneficiários e com adoção das práticas governança corporativa. Apurou-se o total de 25 empresas que se enquadraram nesse critério. As razões sociais foram substituídas por “Empresa 1”, “Empresa 2”, e assim sucessivamente até “Empresa 25” e a sua modalidade foi identificada, conforme demonstrado na figura 20.

Observa-se que também houve um acréscimo contínuo nos indicadores, ano após ano, assim como se demonstrou na Figura 16 onde constam as médias gerais, considerando a modalidade, mas sem distinguir se as operadoras tinham ou não adotado as práticas de governança corporativa. É necessário salientar que ao analisarmos, individualmente, cada empresa relacionada na Figura 19, lembrando que adotaram a prática da governança corporativa, evidencia-se que os indicadores estão melhores e estão acima da média apurada nas operadoras de suas respectivas modalidades.

Demonstra-se no Quadro 8, os indicadores relacionados a seguir, cuja seleção de 25 operadoras foi a mesma utilizada para o estudo do IDSS, considerando o critério de maior de 100 mil beneficiários e que tenha adotado as práticas de governança. Os indicadores selecionados foram:

- Rentabilidade => ROA, ROE, MLB, MARG EBIT e MRG EBITDA;
- Capital: ENDIV e CE;
- Operacional: DM ou Sinistralidade, DA, COMB e COMBA;
- Liquidez: LG e LC

Regra geral, apurou-se que os indicadores selecionados para avaliar a performance econômico-financeira das empresas com práticas de governança corporativa apresentam indicadores acima dos resultados médios apurados para as operadoras, de acordo com sua respectiva modalidade, denotando saúde financeira. Exceção observa-se para as operadoras de número 15 e 21, que pertencem a modalidade medicina de grupo e odontologia de grupo, respectivamente.

A empresa 15 apresentou resultados para ROA, ROE, MLL e MARG EBIT zerados e a empresa 21 apresentou 0,01 negativo para ROA, 0,02 negativo para ROE e MLL zerado, sendo que os demais indicadores tiveram resultados positivos.

Quadro 8 – Indicadores das empresas selecionadas e que adotam as práticas da governança corporativa – Dez. 18

EMPRESA	Modalidade	RENTABILIDADE						CAPITAL		OPERACIONAL				LIQUIDEZ			
		ROA	ROE	MLB	MLL	MARG EBIT	MARG EBITDA	ENDIV	CE	DM	DA	COMB	COMBA	LG	LC		
1	A	0,06	0,19	0,08	0,02	0,03	0,03	0,69	0,90	0,91	0,06	0,98	0,96	1,43	1,50		
2	B	0,05	0,16	0,15	0,02	0,03	0,04	0,04	0,88	0,91	0,07	1,00	0,99	1,41	1,57		
3	B	0,07	0,15	0,13	0,03	0,04	0,04	0,52	0,81	0,76	0,12	0,89	0,88	1,53	1,55		
4	B	0,05	0,12	0,10	0,02	0,04	0,04	0,59	0,60	0,86	0,09	0,96	0,96	1,32	2,00		
5	B	0,08	0,23	0,21	0,06	0,07	0,07	0,61	0,82	0,99	0,07	1,10	1,08	1,55	1,53		
6	B	0,28	0,56	0,25	0,17	0,19	0,19	0,50	0,49	0,75	0,07	0,83	0,83	1,77	2,82		
7	B	0,07	0,16	0,10	0,05	0,05	0,05	0,56	0,80	0,90	0,08	0,98	0,98	1,50	1,37		
8	B	0,09	0,16	1,25	0,29	0,40	0,46	0,44	0,91	0,88	0,14	1,03	1,02	1,62	1,69		
9	B	0,08	0,19	0,17	0,04	0,07	0,08	0,54	0,63	0,84	0,10	0,95	0,95	1,40	1,77		
10	B	0,04	0,11	0,10	0,02	0,03	0,03	0,60	0,67	0,84	0,07	0,96	0,94	1,47	1,90		
11	B	0,04	0,12	0,13	0,03	0,06	0,06	0,60	0,41	0,95	0,10	1,06	1,06	0,98	2,19		
12	B	0,02	0,05	0,21	0,01	0,04	0,05	0,53	0,67	0,79	0,14	0,94	0,95	1,14	1,44		
13	C	0,19	0,32	0,26	0,10	0,10	0,10	0,40	0,87	0,71	0,13	0,89	0,88	1,25	1,40		
14	C	0,07	0,09	0,14	0,11	0,11	0,11	0,19	0,83	0,82	0,05	0,87	0,85	3,36	3,77		
15	D	-	-	0,12	-	-	0,01	0,30	0,73	0,85	0,10	0,99	0,98	1,48	1,05		
16	D	0,08	0,07	0,02	0,01	0,01	0,01	0,47	0,95	0,96	0,01	0,98	0,97	2,04	1,96		
17	D	0,17	0,36	0,22	0,07	0,11	0,11	0,52	0,44	0,77	0,09	0,90	0,88	1,87	2,57		
18	D	0,13	0,22	0,26	0,06	0,11	0,12	0,39	0,75	0,70	0,11	0,87	0,86	2,39	1,46		
19	D	0,16	0,32	0,28	0,07	0,10	0,11	0,48	0,84	0,72	0,18	0,91	0,91	1,09	1,23		
20	D	0,03	0,05	0,02	0,01	0,02	0,02	0,38	0,92	1,00	0,01	1,01	1,00	2,58	2,63		
21	E	-	0,01	-	0,02	0,39	-	0,01	0,01	0,31	0,95	0,48	0,32	0,92	0,90	3,13	0,44
22	E	0,14	0,21	0,50	0,14	0,27	0,28	0,34	0,87	0,46	0,16	0,74	0,76	1,38	1,30		
23	F	0,08	0,16	0,17	0,06	0,12	0,13	0,46	0,69	0,80	0,05	0,91	0,91	1,66	1,63		
24	F	0,04	0,11	0,22	0,03	0,07	0,07	0,55	0,58	0,77	0,09	0,94	0,92	1,40	1,14		
25	F	0,04	0,11	0,09	0,04	0,07	0,08	0,59	0,80	0,88	0,04	0,97	0,91	1,59	0,60		

Fonte: Elaboração da autora.

**Legenda**

Autogestão	A
Cooperativa Médica	B
Filantropia	C
Medicina de Grupo	D
Odontologia de Grupo	E
Seguradora Especializada em Saúde	F

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A construção de uma organização sustentável depende essencialmente da aplicabilidade dos princípios e pilares da GC nas estratégias e conduta corporativa. Uma organização que almeja a inovação e a perpetuidade, deve adotar como instrumento de gestão, o Código de Melhores Práticas de GC e conduzir seus negócios baseados nos pilares da Governança. Após estudo crítico, conclui-se que a maioria das operadoras de saúde não adotaram as mínimas práticas de GC. Salienta-se a importância da operadora efetuar a análise crítica dos relatórios gerenciais e indicadores a fim de questionar e indagar se os dados econômicos financeiros refletem a realidade do negócio, assim como para confirmar que os resultados indicam que a operadora tem solvência, e caso não tenha, possa adotar estratégias para melhorar a situação econômico-financeira com celeridade.

Pela pesquisa, observa-se que muitas operadoras de saúde não cumprem ou não possuem as boas práticas de governança por ser uma questão cultural, de disciplina no mundo empresarial brasileiro. A cultura brasileira de GC é recente se comparada aos países de primeiro mundo.

É possível concluir que a implantação das mínimas práticas de Governança Corporativa contribuiu para promoção de maior transparência ao subsistema privado, buscando a padronização dos dados e assumiu papel saneante e concentrador do mercado em favor dos oligopólios privados, indo de encontro aos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público e destarte contribuindo para a solvência das operadoras de saúde.

Em razão disso, salienta-se a importância das operadoras realizarem periodicamente a análise crítica dos relatórios gerenciais a fim de monitorar os indicadores por parte das operadoras para que possam reagir rapidamente, se necessário, objetivando manter a credibilidade e perpetuidade das operadoras de saúde, uma vez que o mercado e a legislação está cada vez mais exigente contra fraudes e corrupções. E a ANS vem empreendendo esforços na direção de um acompanhamento proativo das condutas das operadoras, podendo, inclusive, utilizar-se de dispositivos legais, como termos de ajustamento de conduta e regimes especiais

de direção, para atingir o fim último da garantia do interesse público na assistência suplementar à saúde.

Desta forma, conclui-se que apesar da cultura brasileira de governança ser recente na área da saúde e especificamente nas operadoras de saúde suplementar brasileiras, conforme resultado desta pesquisa, as operadoras que adotaram as práticas de GC tenderam a apresentar melhor desempenho econômico-financeiro apresentando-se em estado de solvência.

Além disso, conforme mencionado, a adoção das mínimas práticas de GC foi reforçada com a publicação da RN 443/19, em que a ANS passou a exigir, a partir de 2023, a adoção para as administradoras de benefícios e operadoras de médio e grande porte. E caso não haja cumprimento das exigências, a operadora de saúde poderá receber visitas técnicas e ser submetidas a Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira – PAEF e regimes especiais.

### **5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS**

Percebeu-se neste estudo que há escassez de trabalhos acadêmicos realizados sobre a Saúde Suplementar, neste caso, mais precisamente, sobre a contribuição da GC para a solvência das operadoras de saúde suplementar, assim como sobre a avaliação de desempenho do setor, o que reforça a necessidade de uma maior apropriação do *modus operandi* do subsistema privado da saúde pelos pesquisadores do setor. Por deste motivo, justifica-se a necessidade de realizar mais estudos sobre a GC e sobre solvência nas operadoras de saúde suplementar.

Essa dissertação focou na análise de dados de empresas que atuam com práticas de GC, e com mais de 100 mil beneficiários, realizando-se uma seleção randômica para todas as modalidades, considerando a variação entre as operadoras de acordo com seu porte e modalidade, e sem distinguir o tempo de adoção das práticas de GC, conseqüentemente entende-se que o efeito da operadora por estar subestimado em razão do grau do amadurecimento da prática da GC. Esta é uma limitação, mas pode-se considerar também como uma oportunidade para que sejam realizadas pesquisas específicas para cada modalidade.

Espera-se que os resultados obtidos nesta investigação estimulem outros pesquisadores a avançar nos estudos desta natureza, com foco nas operadoras de saúde suplementar.

## REFERÊNCIAS

- Adams, J. M., Harris, A. W., Pinkert, C. A., Corcoran, L. M., Alexander, W. S., Cory, S., Palmiter, R. D., & Brinster, R. L. (1985). The c-myc oncogene driven by immunoglobulin enhancers induces lymphoid malignancy in transgenic mice. *Nature*, 318(6046), 533–538.
- Altman, E. I. (1968). Financial ratios, discriminant analysis and the prediction of corporate bankruptcy. *The journal of finance*, 23(4), 589–609.
- Andrade, F. R. (2001). *Concorrência fiscal e concorrência fiscal prejudicial na tributação directa do capital*.
- ANS. (2002). *Resolução Normativa—RN nº 14, de 24 de outubro de 2002*.  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NTkx>
- ANS. (2007). *Resolução Normativa – RN nº 160, de 3 de julho de 2007*.  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTIwMQ==>
- ANS. (2009). *Resolução Normativa—RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009*.  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU3MQ==>
- ANS. (2010a). *Resolução Normativa – RN nº 243, de 16 de dezembro de 2010*.  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTYyNQ==>
- ANS. (2010b). *Resolução Normativa—RN nº 227, de 19 de agosto de 2010*.  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU5>
- ANS. (2019a). *Dados e Indicadores do Setor*. Agência Nacional de Saúde Suplementar.  
<http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>



- ANS. (2019b). *DIFIS - Estrutura e Atribuições*. Agência Nacional de Saúde Suplementar.  
<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/organograma/491-estrutura-e-atribuicoes-na-agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans-difis-diretoria-de-fiscalizacao>
- ANS. (2019c). *Resolução Normativa—RN nº 443, de 25 de janeiro de 2019*.  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY3MQ==>
- Barbosa, A. P. (2003). *Governança corporativa em hospitais sem fins lucrativos: Um estudo do perfil de liderança corporativa em onze hospitais brasileiros* [PhD Thesis].
- Beaver, W. H. (1966). Financial ratios as predictors of failure. *Journal of accounting research*, 71–111.
- Bianchi, M., & Nascimento, A. M. (2005). A controladoria como um mecanismo interno de governança corporativa e de redução dos conflitos de interesse entre principal e agente. *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.
- Resolução Normativa – RN nº 193, de 8 de junho de 2009, nº 193 (2009).  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQzNQ==>
- Carvalho, A. G. de. (2002). Governança corporativa no Brasil em perspectiva. *Revista de Administração-RAUSP*, 37(3), 19–32.
- Costa, A. M., Bahia, L., & Scheffer, M. (2013). Onde foi parar o sonho do SUS. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 69, 30–1.
- Damodaran, A. (2010). *Avaliação de investimentos: Ferramentas e técnicas para a determinação do valor de qualquer ativo*. Qualitymark.
- de Souza, J. A. R., Baltazar, M., & Lenzi, F. C. (2013). CASO DE ENSINO-Sobre Mudar e Ser Mudado: O Impacto da Substituição do Gestor na Organização. *Revista Eletrônica de Administração e Turismo-ReAT*, 2(1), 169–184.

- Donaldson, C., & Gerard, K. (1993). *Economics of health care financing*. Springer.
- Drucker, P. F. (2006). *Drucker: O homem que inventou a administração* (2ª reimpressão). Elsevier Brasil.
- Escrivão Junior, Á., & Koyama, M. F. (2007). O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 903–914.
- Fitzpatrick, P. J. (1932). *A comparison of the ratios of successful industrial enterprises with those of failed companies*.
- Guimarães, A. L. de S., & Alves, W. O. (2009). Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, 49(4), 459–471.
- IBGC. (2019). *Código das melhores práticas de governança corporativa*.  
<https://conhecimento.ibgc.org.br/Paginas/Publicacao.aspx?PubId=21138>
- IBGE. (2019). *Conheça o Brasil—População: Pirâmide Etária*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics*, 3(4), 305–360.
- Kanitz, S. C. (1974). Como prever falências. *Exame*, 95–103.
- Kay, J., McKiernan, P., & Faulkner, D. (2003). The history of strategy and some thoughts about the future. *The Oxford handbook of strategy*, 1, 21–46.
- Kotter, J. P. (1995). *Leading change: Why transformation efforts fail*.
- KPMG. (2008). A Importância das Boas Práticas de Governança Corporativa na Ótica do IFC (Banco Mundial) e da Agência de Rating Moody's: A Governança Corporativa e o Risco de Crédito. *15ª Mesa de Debates – A Importância das Boas Práticas de Governança Corporativa e o Risco de Crédito*, 16–18.

- Leal, R. M., & Matos, J. B. B. de. (2009). Planos de saúde: Uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. *Revista de Administração de Empresas*, 49(4), 447–458.
- Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, nº 9961 (2000).  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm)
- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created “social climates”. *The Journal of social psychology*, 10(2), 269–299.
- Luca, L. (2014). *Governança Corporativa em Saúde. Conceitos, estruturas e modelos*. São Paulo: Saint Paul.
- Mashaw, J. L. (1999). *Greed, chaos, and governance: Using public choice to improve public law*. Yale University Press.
- Resolução Normativa nº 344, nº 344 (2013).  
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFOriginal&format=raw&id=MjY1NA==>
- Mintzberg, H. (2007). *Tracking strategies: Toward a general theory*. Oxford University Press on Demand.
- Moraes, A. de. (2002). Agências reguladoras. *São Paulo: Atlas*, 19–20.
- Nascimento, S. do, Pereira, A. M., & Hoeltgebaum, M. (2011). Aplicação dos modelos de previsão de insolvências nas grandes empresas aéreas brasileiras. *Revista de contabilidade do mestrado em Ciências contábeis da UERJ*, 15(1), 40–51.
- Nenty, H. J. (2009). Writing a quantitative research thesis. *International Journal of Educational Sciences*, 1(1), 19–32.
- Ocké-Reis, C. O. (2004). *Challenges of the private health plans regulation in Brazil*.

- Ocké-Reis, C. O., & Sophia, D. C. (2009). Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: Pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, 33(81), 72–79.
- Oliveira, D. de P. R. de. (2006). *Governança corporativa na prática: Integrando acionistas, conselho de administração e diretoria executiva na geração de resultados:[conceitos, estruturação, atuação, prática]*. Atlas.
- Porter, M. E. (1986). *Estratégia Competitiva—Técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. 18ª Edição. São Paulo-SP: Campus.
- Rechtman, M., Fontes Filho, J. R., & Gamino, F. (2004). *Governança corporativa aplicada ao contexto empresarial brasileiro*. Rio de Janeiro: Papel Virtual Editora.
- Rossetti, J. P., & Andrade, A. (2012). *Governança corporativa: Fundamentos, desenvolvimento e tendências*. Editora Atlas SA.
- Silveira, A. D. M. da. (2010). *Governança corporativa no Brasil e no mundo: Teoria e prática*.
- SMITH, A. (1996). *Riqueza das Nações: Uma Investigação Sobre Suas Naturezas e Suas Causas*, São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda. *Coleção os Economistas*.
- Sobral, F. R., & Campos, C. J. G. (2012). Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 208–218. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100028>
- Tampoe, M., & Macmillan, H. (2000). *Strategic management, process, content and implementation*. Oxford University Press.
- Trill, B., RABIDOUX, R., & AMARIA, P. (2008). Predicting bankruptcy in the iron and steel mills industry. *Advances in Accounting, Finance and Economics*, 1(2).
- Vergara, S. C. (2006). *Projetos e relatórios de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

VILAR, J. M. (2007). Governança Corporativa em Saúde—receita de qualidade para as empresas do setor. *Ensaio de Antonio Carlos Vidigal. et al, 1.*

VILELA, B. G. (2012). *O Novo Mercado e a Governança Corporativa no Brasil.*

Wood Jr, T., Curado, I. B., & Campos, H. M. de. (1994). Vencendo a crise: Mudança organizacional na Rhodia Farma. *Revista de Administração de Empresas, 34(5), 62–79.*

**ANEXO – RN 443/19**

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 443, DE 25 DE JANEIRO DE 2019.

*Dispõe*

*Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe as alíneas "a", "b" e "c" do inciso IV e parágrafo único do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso XLI do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, os §§ 2º e 3º do artigo 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001 e a alínea "a" do inciso II do artigo 30 da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 17 de janeiro de 2019, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

## **CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art.1º Esta Resolução Normativa – RN dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde.

Art. 2º Para fins do disposto nesta RN, considera-se:

- I – governança das operadoras: sistema pelo qual as operadoras são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre seus proprietários, administradores, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas;
- II – controles internos: conjunto de medidas adotadas para salvaguardar as atividades da operadora, assegurando o cumprimento de seus objetivos e obrigações em todos os níveis da organização;
- III – gestão de riscos: processo de identificação, análise, avaliação, priorização, tratamento e monitoramento de riscos que possam afetar, positiva ou negativamente, os objetivos de processos de trabalho e/ou de projetos de uma operadora nos níveis estratégicos, tático e operacional;

IV - administradores: todas as pessoas naturais, residentes no País, eleitas, nomeadas ou designadas para os cargos de diretor, administrador ou conselheiro do conselho de administração, ou órgão assemelhado, independentemente da nomenclatura e do tipo societário da qual façam parte;

V – proprietários: sócios, acionistas, cotistas, cooperados ou associados da operadora;

VI – programa de integridade: programa definido conforme o art. 41 do Decreto nº 8.420, de 18 de março de 2015;

VII – operadora de pequeno porte: as operadoras com número de beneficiários inferior a 20.000(vinte mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior;

VIII – operadora de médio porte: as operadoras com número de beneficiários entre 20.000 (vinte mil), inclusive, e inferior a 100.000 (cem mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior; e

IX – operadora de grande porte: as operadoras com número de beneficiários a partir de 100.000(cem mil), inclusive, apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.

Art. 3º As práticas e estruturas de governança, controles internos e gestão de riscos implementadas pelas operadoras devem ser efetivos e consistentes com a natureza, escala e complexidade das suas atividades, respeitadas as características e estruturas estabelecidas nos seus estatutos ou contratos sociais e normas internas.

Parágrafo único. São responsabilidades dos administradores das operadoras de plano de assistência à saúde a implantação, implementação e avaliação periódica das práticas de governança, gestão de riscos e controles internos que trata a presente RN, independentemente da constituição de unidades de negócio, grupos, comissões, comitês internos ou externos formados ou contratados para auxiliar em tais ações.

## CAPÍTULO II DA GOVERNANÇA DAS OPERADORAS

Art. 4º As práticas e estruturas de governança adotadas pelas operadoras devem considerar os seguintes princípios:

I – transparência: divulgação clara, completa e objetiva de informações relevantes a todos os níveis da operadora e à sociedade, independentemente daquelas exigidas pela legislação;

II – equidade: tratamento justo e isonômico de todos os proprietários, beneficiários das operadoras e demais partes interessadas, levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas;

III - prestação de contas: tomada de responsabilidade dos administradores e das demais pessoas envolvidas nos diversos níveis da operadora diante de suas decisões, de modo claro, conciso,

compreensível e tempestivo, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito dos seus papéis; e

IV – responsabilidade corporativa: ação da operadora condizente com seu papel na sociedade, incluindo a manutenção da sua viabilidade econômico-financeira no curto, médio e longo prazo.

Art. 5º As práticas e estruturas de governança devem ser formalizadas de forma clara e objetiva em estatuto ou contrato social, regimentos ou regulamentos internos submetidos a revisão e aprovação das instâncias máximas de decisão das operadoras, e divulgadas amplamente às partes interessadas.

### CAPÍTULO III DOS CONTROLES INTERNOS E DA GESTÃO DE RISCOS

#### Seção I

##### Dos Controles Internos

Art. 6º As operadoras devem implementar sistemas de controles internos voltados para suas atividades e seus sistemas de informações financeiras, operacionais e gerenciais, com vistas a:

I - assegurar a confiabilidade das informações, dados e relatórios produzidos pela operadora;

II - buscar a utilização eficiente dos recursos, com eficácia em sua execução; e

III – atender à legislação e às normas internas aplicáveis à operadora.

Art. 7º As descrições dos controles internos devem ser acessíveis a todos os funcionários das operadoras e compreender ações contínuas relativas a suas atividades, operações e níveis hierárquicos, prevendo, no mínimo:

I – definição dos objetivos dos controles e das responsabilidades na operadora, de forma a evitar conflito de interesses nos processos internos;

II – os meios de identificação e avaliação de riscos que podem ameaçar sua eficácia;

III – canais de comunicação que assegurem aos funcionários o acesso às informações relevantes para execução das suas tarefas e responsabilidades, bem como o encaminhamento de contribuições para seu aperfeiçoamento;

IV – existência de testes de segurança e conciliação para os sistemas de informações, em especial aqueles mantidos em meio eletrônico; e

V – ações ou planos de contingência, quando necessário.

Art. 8º Os controles internos devem ser submetidos a avaliação periódica, no mínimo anual, em especial aqueles que tratam de processos relacionados às informações que são detalhadas nos demonstrativos financeiros das operadoras.

Parágrafo único. Os resultados da avaliação de que trata o caput devem ser acompanhados de manifestação dos responsáveis pelas áreas avaliadas a respeito das deficiências eventualmente encontradas e das medidas adotadas para saná-las ou mitigar seus riscos.



## Seção II Da Gestão

Art. 9º A gestão de riscos nas operadoras deve ter por objetivo:

I – uniformizar o conhecimento entre os administradores quanto aos principais riscos das suas atividades, em especial aqueles relacionados aos riscos de subscrição, de crédito, de mercado, legais e operacionais;

II – conduzir tomadas de decisão que possam dar tratamento e monitoramento dos riscos e consequentemente aperfeiçoar os processos organizacionais e controles internos da operadora; e

III - promover a garantia do cumprimento da missão da operadora, sua continuidade e sustentabilidade alinhadas aos seus objetivos.

Art. 10. As práticas de gestão de riscos devem ser adequadas à estrutura e aos controles internos da operadora, de forma a possibilitar o seu aperfeiçoamento e monitoramento contínuo.

## CAPÍTULO IV DA VERIFICAÇÃO DOS PROCESSOS DA GOVERNANÇA, GESTÃO DE RISCOS E CONTROLES INTERNOS DAS OPERADORAS

Art. 11. O envio anual do Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA elaborado por auditor independente, tendo por base os dados do exercício antecedente referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos das operadoras, é:

I – obrigatório:

a) para as operadoras de grande e médio portes, nos termos do Anexo IV-A, exceto para as classificadas nas modalidades de Autogestão por Departamento de Recursos Humanos, conforme previsto no inciso II;

b) para as administradoras de benefícios, nos termos Anexo IV-B; e

II – facultativo para as operadoras de pequeno porte e as operadoras classificadas nas modalidades de Autogestão por Departamento de Recursos Humanos, nos termos do Anexo IV-A.

Parágrafo único. No caso de não adoção de requisito ou de sua adoção de forma parcial, o relatório de PPA de que trata o caput apresentará, circunstanciadamente, justificativa(s) da administração da operadora sobre o assunto e a(s) prática(s) alternativa(s) adotada(s).

Art. 12. A operadora que comprovar o atendimento a todos os requisitos por meio de envio à ANS de relatório de PPA na forma do art. 11 poderá solicitar a redução de fatores de capital regulatório a ser observado para atuação no setor de saúde suplementar.

§1º Os fatores reduzidos de capital regulatório de que trata o caput serão regidos por resolução normativa específica.

§2º Após análise do relatório de PPA, a ANS informará o deferimento ou não da redução de fatores que trata o caput, informando seu período de vigência em caso de deferimento.

Art. 13. Para fins de aprovação de modelos próprios de capital baseado nos seus riscos, as operadoras devem encaminhar relatório de PPA emitidos na forma dos Anexos IV-A e V, comprovando o atendimento a todos os requisitos verificados.

Art. 14. Nas hipóteses dos arts. 11 a 13, a operadora encaminhará relatório de PPA à ANS conjuntamente com o DIOPS do 1º trimestre de cada ano subsequente.

§1º O relatório de que trata o caput deverá ser emitido por auditor externo registrado no respectivo Conselho Regional de Contabilidade - CRC e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM.

§2º É de responsabilidade das operadoras a verificação de que o auditor independente atende a critérios de independência e competência estabelecidos pelos CRCs, pelo Conselho Federal de Contabilidade - CFC e pela CVM.

§3º É vedado que o auditor independente ou a empresa que presta o serviço de auditoria independente tenha prestado, nos últimos 2 exercícios financeiros, serviço de consultoria para a operadora que comprometa a independência daquele(a), incluindo, entre outros, serviço de auditoria interna na operadora.

§4º É facultado que o auditor ou a empresa de auditoria de que trata este dispositivo tenha mantido contrato para avaliação das demonstrações contábeis, relatórios de PPA trimestral sobre a provisão de eventos/sinistros a liquidar e sobre o DIOPS/ANS, bem como de asseguarção sobre a base de dados para confecção das informações contábeis da operadora.

Art. 15. A ANS poderá, a qualquer tempo, desconsiderar a redução de fatores de capital que trata o art. 12 ou a aprovação de modelo próprio que trata o art. 13, na hipótese de identificação de ocorrência de desconformidade ou verificação de não atendimento a requisito previsto nos Anexos I-A ou II desta RN.

§ 1º Na hipótese de que trata o caput deste artigo, a operadora será previamente notificada para prestar esclarecimentos no prazo de 10 (dez) dias úteis.

§ 2º Uma vez constatada indícios de conduta comissiva ou omissiva do auditor independente responsável pelo(s) relatório(s) de PPA em relação aos fatos que ensejam a aplicação do disposto no caput, a ANS notificará o conselho profissional competente a respeito.

## CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 16. As operadoras que possuem modelos próprios de capital baseado nos seus riscos aprovados ou que se encontram em processo de análise para aprovação deverão providenciar o cumprimento do disposto na presente RN até 31 de dezembro de 2022 para a aplicação do disposto no art. 13.

Art. 17. O envio anual do PPA previsto no art. 11, inciso I, será facultativo até o exercício de 2022 e deverá ser encaminhado no prazo limite definido para o envio do DIOPS Financeiro do 1º trimestre de 2023.

Art. 18. Os Anexos desta Resolução estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na internet – [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

Art. 19. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA  
DIRETOR-PRESIDENTE SUBSTITUTO