

**Operadora de Autogestão em saúde:
O “Caso” Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil -
CASSI**

André Luiz Fernandes Mascarenhas

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Gestão

Orientador:

Prof. Doutor José Dias Curto, Professor Associado com Agregação.

ISCTE – IUL Business School - Departamento de Métodos Quantitativos para Gestão e
Economia

Outubro, 2019

**Operadora de Autogestão em saúde:
O “Caso” Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil -
CASSI**

André Luiz Fernandes Mascarenhas

Outubro, 2019

Operadora de Autogestão em saúde:

O “ caso” Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI

André Luiz Fernandes Mascarenhas

RESUMO

A investigação é um estudo de caso com o objetivo de analisar a sustentabilidade financeira da operadora de autogestão CASSI, integrante do mercado de saúde suplementar do Brasil. A princípio, realizamos uma análise dos indicadores econômicos e financeiros apurados e divulgados pelos ANUÁRIOS da ANS, período de 2010 a 2018, com vistas a selecionar aqueles que seriam objeto de comparação. Posteriormente, fizemos análises comparativas destes indicadores entre as firmas de Autogestão que guardavam similaridade com a CASSI (entre as operadoras selecionadas) para obtenção de uma visão mais aproximada da real situação da operadora em estudo. Assim, analisando as cinco hipóteses separadamente: Tíquete Médio (2º maior); Envelhecimento (2º menor); Despesas Administrativas (menor); Inflação Médica (tíquete médio teve reajuste superior aos índices oficiais da ANS); Sinistralidade (despesas superiores as contraprestações). Conclui-se que o déficit da CASSI está, tão somente, ligado a Sinistralidade; especialmente, em relação às internações hospitalares. Este item, em 2018, consumiu 58% das receitas da CASSI; houve redução da quantidade destes eventos em 12,96%; porém, os reajustes dos valores destes serviços (informado de 16%; mas efetivamente 33%) são muito superiores (dobro) da inflação médica (VCMH) de 16%. Paralelamente, existe forte atuação do Patrocinador (Banco do Brasil) para efetuar alterações estatutárias para se desobrigar em relação a sua responsabilidade corporativa de manter o plano de saúde como Benefício Definido (Entidade patrocinadora se compromete a proporcionar benefícios pós-emprego, a um ou mais empregados, após a conclusão do período de emprego). A busca pela sustentabilidade da CASSI deve superar todos os obstáculos.

Palavras-chave: Autogestão, Saúde Suplementar, Financiamento de Serviços de Saúde, Responsabilidade Social Corporativa.

ABSTRACT

The investigation is a case study aiming to analyze the financial sustainability of the self-management operator CASSI, part of the Brazilian supplementary health market. At first, we performed an analysis of the economic and financial indicators calculated and disclosed by the ANS ANNUALS, from 2010 to 2018, with a view to selecting those that would be subject to comparison. Subsequently, we made comparative analyzes of these indicators among the Self-Management firms that were similar with CASSI (among the selected carriers) to obtain a closer view of the actual situation of the operator under study. Thus, analyzing the five hypotheses separately: Medium Ticket (2nd highest); Aging (2nd minor); Administrative Expenses (lower); Medical Inflation (average ticket had higher readjustment than ANS official indexes); Loss ratio (expenses higher than consideration). It can be concluded that CASSI's deficit is only related to claims; especially regarding hospital admissions. In 2018, this item consumed 58% of CASSI's revenues; there was a reduction in the amount of these events by 12.96%; however, the readjustments of the values of these services (reported by 16%; but effectively 33%) are much higher (double) than the medical inflation (HCV) of 16%. At the same time, there is strong action by the Sponsor (Banco do Brasil) to make statutory changes to release its corporate responsibility to maintain the health plan as a Defined Benefit (Sponsor commits to provide post-employment benefits to one or more employees upon completion of the period of employment). CASSI's quest for sustainability must overcome all obstacles.

Keywords: *Self-Management, Supplementary Health, Health Care Financing, Corporate Social Responsibility.*

Agradecimentos (Epitáfio)

No encerramento deste processo só uma palavra se apresenta: GRATIDÃO !

Retornar aos bancos universitários e compartilhar múltiplos aprendizados com seres humanos de formações culturais e intelectuais tão diversas – no Brasil e em Portugal -, foi estimulante... Poderia ficar quieto no meu canto, igual a maioria dos aposentados: fazer o nada (ócio criativo) também é importante!

Sou fã do Paulo Freire; ensinava: “Todo conhecimento é inacabado; isto é um processo que se desenvolve continuamente, incorporando novos elementos e jamais deixando de questionar a si mesmo”. Em outro momento, ele vaticina: “Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino”.

Sou fã dos meus Pais (Wagner e Lourdes) que – para criarem os seus oito filhos – renunciaram aos bancos escolares; mas, não renunciaram aos livros. Permanentemente, eles nos estimulavam em busca do conhecimento: sem educação não há salvação.

Sou fã dos meus filhos (Pedro e Elisa), com eles revisito muito conceitos e preconceitos.; enfim, descortino um novo saber a cada momento. Não tenho medo de rever as minhas convicções; ao contrário, isto é instigante.

Sou fã da minha amiga, quase coautora e orientadora informal, Prof. Dr. Maria da Luz Silva; com ela as conversas fluem, vão muito além das questões acadêmicas; aprendo a divagar sobre a essência da vida e as perturbações que nos afligem: o belo é tão simples, tão singular.

Sou fã do meu orientador, Prof. Dr. Dias Curto; cuja simplicidade no trato das questões complexas, torna tudo tão mais fácil.

Sou fã de Ariano Suassuna; o qual resume muito bem as nossas limitações: “O otimista é um tolo. O pessimista, um chato. Bom mesmo é ser um realista esperançoso”.

Sou fã de André: admira seu envelhecimento; viver é acumular conhecimentos.

Enfim, sou fã de DEUS por me permitir ter todos estes sentimentos.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	09
1.1 - Objetivo.....	13
2 – REVISÃO DELITERATURA.....	14
2.1 – Aspectos políticos e econômicos.....	14
2.2 – Sistema de Saúde Suplementar	15
2.2.1 – Rede de Serviços de Saúde Suplementar.....	16
2.2.1.1 – Modalidades e Tipo de Operadoras de Saúde	16
2.2.1.2 – Formas de Prestação de Serviços entre as Operadoras dentro da Saúde Suplementar.....	17
2.3 – Modalidade de Autogestão.....	17
2.3.1 – Autogestão por Recursos Humanos (RH).....	17
2.3.2 – Autogestão com Mantenedor.....	17
2.3.3 – Autogestão sem Mantenedor.....	18
2.4 – Custos dos Planos de Saúde.....	18
2.5 – Formas de Reajustes dos de Planos de Saúde Individuais e Coletivos.....	19
2.5.1 – Planos Individual/ Familiar e Autogestão sem vínculo empregatício.....	19
2.5.2 – Planos Coletivos.....	19
2.5.2.1 – Planos Coletivos de até 30 Beneficiários.....	19
2.5.2.2 – Planos Coletivos com mais de 30 Beneficiários.....	20
2.6 – Hipóteses.....	25
3 – CONTEXTUALIZAÇÃO.....	26
4 –METODOLOGIA.....	31
4.1 – Categorias e Subcategoria de análise.....	34

5 – O “caso” CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL.....	36
5.1 – CASSI – Retrospectiva Histórica.....	36
5.2 – CASSI – Operadora de Autogestão de Planos de Saúde.....	39
5.3 – CASSI e Operadora CASSI: Estrutura Administrativa.....	42
5.4 – Enquadramento Legal.....	43
5.4.1 – Sistema de Saúde Suplementar em Autogestão.....	43
5.4.2 – CASSI e os Planos CASSI Família I e II	44
5.4.3 – Plano CASSI ASSOCIADOS – Benefício Definido (BD).....	44
5.4.4 – Enquadramento Legal da CASSI: “Parte Relacionada do BB”	45
5.4.4.1 – Plano CASSI ASSOCIADOS – “Parte Relacionada do BB” – Benefício Definido (BD).....	45
5.4.4.2 – Operadora CASSI como “Parte Relacionada do BB”	46
5.4.4.3 – Persuasão do Patrocinador BB.....	49
6 – ANÁLISES E RESULTADOS.....	52
6.1 – CASSI – Histórico dos indicadores financeiros (2010-2018).....	52
6.2. – Grupos de Análise Comparativa por Categoria e Subcategoria.....	52
6.2.1 – Indicadores de Rentabilidade.....	52
6.2.1.1 – ROA – Retorno sobre o Ativo.....	52
6.2.1.2 – ROE – Retorno sobre o Patrimônio Líquido.....	53
6.2.1.3 – MLB – Margem de Lucro Bruto.....	53
6.2.1.4 – Margem EBIT – Rentabilidade Operacional.....	54
6.2.2 – Indicador de Capital.....	55
6.2.2.1 – ENDIV – Grau de Endividamento.....	55
6.2.3 – Indicadores Operacionais.....	55

6.2.3.1 – DM (Despesas Médicas) ou Sinistralidade.....	55
6.2.3.2 – DA (Despesas Administrativas).....	56
6.2.3.3 – COMB (soma de DM + DA).....	56
6.2.4 – Indicadores de Liquidez.....	57
6.2.4.1 – LG - Liquidez Geral.....	57
6.2.4.1 – LC – Liquidez Corrente.....	57
6.2.5 – Tíquete Médio.....	58
6.2.6 – Beneficiários (Participação dos Idosos).....	58
6.2.6.1 – Envelhecimento (percentual da carteira, índice, idade média).....	58
6.2.7 – Inflação Médica.....	59
6.2.7.1 – Impacto na “Inflação Médica” nos reajustes das prestações dos serviços....	60
6.2.7.2 – Glosas e Pagamentos retroativos.....	61
6.3 – Matriz SWOT: Operadora CASSI.....	61
7 – CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES, LIMITAÇÕES, SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	62
7.1 – Hipóteses – respostas às causas do déficit da CASSI (2010-2018).....	62
7.1.1 – Matriz SWOT (interferência e persuasão do BB).....	64
7.2 – Recomendações.....	65
7.3 – Limitações do Estudo.....	66
7.4 – Sugestões para Investigações Futuras.....	66
8 – Lista de referências Bibliográficas.....	68
Anexos:	
1 – Lista de referenciais para complementação do estudo do “caso” CASSI.....	71
1.1. - Leis, Instruções Normativas, Resoluções, Deliberações, acórdãos.....	71
1.2 – Links das empresas analisadas; patrocinadores e associação de autogestão.....	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fato Relevante – BB assume que CASSI é parte relacionada junto a CVM.49

Figura 1 – Glosas e Pagamentos Retroativos – Relatório de prestação de contas.....61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – CASSI -histórico de indicadores econômicos e financeiros 2010-2018.....52

Tabela 2 - ROA – Retorno sobre Ativos.....52

Tabela 3 – ROE – Retorno sobre o Patrimônio Líquido.....53

Tabela 4- MLB – Margem de Lucro Bruto.....53

Tabela 5 – Margem EBIT – Lucro antes de Juros e Impostos.....54

Tabela 6 – ENDIV – Grau de Endividamento.....55

Tabela 7 – DM (despesas médicas ou sinistralidade).....55

Tabela 8 – DA (despesas administrativas).....56

Tabela 9 – COMB (soma das DM + DA).....56

Tabela 10 – LG – Liquidez Geral.....57

Tabela 11 – LC – Liquidez Corrente.....57

Tabela 12 – Tíquete Médio.....58

Tabela 13 – Beneficiários (participação dos idosos).....58

Tabela 14 – Inflação Médica.....59

Tabela 15 – Impacto da inflação médica no reajuste dos custos.....60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categoria e Subcategoria dos indicadores econômicos e financeiros35

Quadro 2 – Matriz SWOT.....61

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BACEN – Banco Central do Brasil

BANCO – Banco do Brasil

BB – Banco do Brasil

BD – Benefício Definido

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil.

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CVM – Comissão de Valores Mobiliários

IAS - *International Accounting Standards*

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

IFRS – *International Financial Reporting Standards*

Patrocinador – Banco do Brasil

RN – Resolução Normativa da ANS

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

TCU – Tribunal de Contas da União

VCMH – Variação de Custos Médicos Hospitalares

1 - INTRODUÇÃO

A saúde suplementar se constitui em um tema estratégico para o sistema de saúde no Brasil, pois, envolve a articulação entre elementos públicos e privados na assistência à saúde da população.

“A denominação “assistência suplementar em saúde” foi utilizada por agentes do mercado, nos anos 1990, para designar a parcela do setor privado que operava de modo exógeno às relações contratuais com o SUS” (Andreazzi, Kornis; 2003, Pág. 177)

“Embora oficialmente denominada de “suplementar” ao sistema público, o modelo de articulação entre as firmas de planos e seguros e a rede de serviços de saúde do SUS baseia-se, em grande parte, na duplicidade e superposição da oferta de serviços pelos prestadores públicos e privados”. (Sestelo, Souza, Bahia; 2013, Pág. 862).

“Caracteriza-se, desse modo, uma relação de complementaridade invertida, em que o sistema público funciona como um suporte assemelhado a um resseguro para as lacunas na assistência oferecida pelos planos de saúde, subvertendo o sentido original do termo “complementar” utilizado pelo texto constitucional” (Sestelo, et.al, 2013, Pág. 862)

“O crescimento do segmento de saúde suplementar observado ao longo das últimas décadas vem trazendo alguns desafios para sua integração no sistema de saúde brasileiro”. (Pinto, Soranz; 2004, Pág. 86).

A prestação dos serviços de saúde suplementar brasileira é oferecida por firmas/ firmas operadoras, as quais são classificadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como: Cooperativa Médica; Filantrópicas, Seguradoras Especializada em Saúde; Medicina de Grupo e Autogestão. Atualmente, o sistema de saúde suplementar atende a 24,2% da população Brasileira, com um total de 47,1 milhões de usuários (ANS 06/2019).

“Este crescimento da demanda por produtos de saúde permitiu a entrada no mercado de várias firmas, inclusive seguradoras”. (Andreazzi, Kornis; 2003, Pág. 159)

A crise econômica iniciada em 2014 refletiu diretamente na taxa de desemprego com efeitos diretos na redução de 50 para 47 milhões de usuários do sistema de saúde suplementar, cujos impactos promoveram a redução da contratação; afinal os planos de saúde coletivos das firmas representam 80% do mercado.

“Numa conjuntura de crise econômica e estagnação de demanda, uma das principais estratégias das firmas foi a preferência por clientes corporativos em face aos individuais, pelos ganhos em escala e possibilidade de negociar preços bilateralmente, sem interferência da ANS, dentro do atual marco regulatório. Isso caracteriza um comportamento de aversão ao risco em face de conjuntura instável” (Andreazzi, Kornis; 2003, Pág. 170).

Neste cenário de tentativa de redução dos custos fixos das firmas, notadamente em relação aos benefícios aos empregados, dentre os quais os planos de saúde, é importante não perder de vista de como tais benefícios são definidos pela Comissão de Valores Mobiliários – CVM – Deliberação 695//2012, notadamente pelos impactos de as obrigações das firmas podem ficar restritas aos períodos efetivamente trabalhados e/ou estendido para além do pós emprego. (Brasil, CVM, 2012)

Paralelamente, também é importante esclarecer que as operadoras de Autogestão dos planos de saúde não se restringem àqueles vinculados aos empregados de uma determinada firma. As operadoras de Autogestão, também podem ser multipatrocinadas (mais de uma firma patrocinadora) e/ou até mesmo ligados a uma determinada categoria profissional, cujos custos são assumidos integralmente pelos Associados, igualmente, beneficiários.

Formado em Administração de Firms, trabalhei na Instituição Banco do Brasil (BB) por mais de 30 anos em diversas áreas de relacionamento e negócios com corporações privadas e organizações de várias esferas de governo.

Para ingressar no Banco do Brasil (BB), foi condicionado ao termo de posse, a adesão obrigatória ao Plano de Saúde na modalidade Autogestão, denominado de CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (maior e mais antigo plano de Autogestão existente no Brasil, fundado há 75 anos), do qual o referido BB é o Patrocinador exclusivo. A partir de 2010, o referido plano vem apresentando déficits sucessivos, cuja situação ficou mais agravada a partir de 2014. A partir deste período, passou a existir uma grande discussão entre os Associados sobre os motivos, alternativas de viabilidade e reversão da situação, além de impedir a descontinuidade da prestação de assistência médico hospitalar para quase 190.000 funcionários ativos, aposentados e pensionistas e outros 214.000 dependentes destes. (Brasil, BB, CASSI, 2019).

Este processo de mobilização nos motivou a elaborar, o trabalho: “Projeto de Recuperação, Manutenção, Sobrevivência e Perpetuidade da CASSI ¹, apresentado à Diretoria do Banco do Brasil (Patrocinador), em março/2016 e, posteriormente, apresentado no 19º Congresso Internacional de Qualidade em Serviços de Saúde Suplementar, QUALIHOSP, em maio/2017, registrado os Direitos Autorais na Biblioteca Nacional, com um número de Registro de Averbação nº 710.576 (2016).

O gigantismo do Plano de saúde com 403.000 Associados e dependentes do Plano de Funcionários, denominado Plano CASSI ASSOCIADOS e outros 277.000 de familiares não dependentes, denominado Plano CASSI FAMÍLIA, totalizando 680.000 usuários do plano de saúde (maior Autogestão vinculada a uma mesma firma) aguça o interesse de “outras instituições” no desfecho da situação, ao vislumbrarem a possibilidade de aquisição da carteira de Associados e/ou administração pura e simples da carteira, mediante a terceirização da gestão.

Por outro lado, percebe-se muitos interesses difusos que vão desde as tentativas de implantar falácias para desestabilização/ desmobilização dos funcionários para, inclusive, aceitarem a redução e/ou desobrigação do BB em relação a manutenção do Patrocínio e interesses de Sindicatos e Associações de se perpetuarem no poder da CASSI, haja vista que a administração vem sendo efetuada de forma compartilhada entre o Banco do Brasil (BB) e representantes dos Associados eleitos por sufrágio universal.

Portanto, a questão dos planos de saúde, em especial CASSI ASSOCIADOS, ultrapassa a questões financeiras circunstanciais. No meio desta discussão está em gestação a mudança da legislação e/ou enquadramento regulamentar dos benefícios destinados aos empregados, classificados como BENEFÍCIO DEFINIDO; ou seja, a “obrigação da entidade patrocinadora de fornecer os benefícios pactuados aos atuais e aos ex-empregados. Além disto, de que o risco atuarial (de que os benefícios venham a custar mais do que o esperado) e risco de investimento recaem, substancialmente, sobre a entidade. Se a experiência atuarial ou de investimento for pior que a esperada, a obrigação da entidade pode ser aumentada”. (Brasil, CVM 695, item 30).

Neste contexto, o desafio das firmas de autogestão deve ser redobrado; afinal, sua atuação deve estar focada não só no oferecimento das melhores condições para atender as

¹“Projeto de Recuperação, Manutenção, Sobrevivência e Perpetuidade da CASSI registrado os Direitos Autorais na Biblioteca Nacional, com um número de Registro de Averbação nº 710.576 (2016).

necessidades de saúde e qualidade de vida para todos os seus beneficiários (atuais e futuros) com custo compatível; mas também na sua sustentabilidade.

O conceito de sustentabilidade (Chambers, Conway; 1992, Pág. 296), apresenta-se de forma simples e resumida, porém, sendo suficiente para a interpretação do termo: “sustentabilidade é a habilidade de um sistema em manter sua produtividade quando este se encontra sujeita a intenso esforço ou alterações e proporciona expectativas às gerações futuras”.

Nesta perspectiva, Schaltegger, Hansen, Lüdeke-Freund (2015, Pág. 6), esclarece como deve ser desenvolvido um “modelo de negócios para sustentabilidade, o qual ajuda a descrever, analisar, gerenciar e comunicar (I) um proposição de valor sustentável da firma para seus clientes e todas as outras partes interessadas; (II) como criar e entregar esse valor, (III) e como ele capturar valor econômico enquanto mantém ou regenera o capital natural, social e econômico além de seus limites organizacionais”.

Apesar deste trabalho ter como foco principal a análise econômica e financeira da CASSI, comparativamente com as demais operadoras de autogestão, cujos beneficiários tem o mesmo perfil profissiográfico (segmento bancário), fica difícil não se aproximar da análise da realidade organizacional – ainda que de forma panorâmica –; afinal, os resultados apresentados são frutos do modelo de gestão implantado na CASSI em relação a gestão de pessoas, processos, inovação e resultados.

Na revisão de literatura abordamos os aspectos políticos e econômicos do sistema de saúde suplementar, regulamentação, rede de serviços, modalidade de operadoras, forma de prestação dos serviços, quantidade de beneficiários, tíquete médio por operadora, e custos e inflação médica em relação as autogestões.

Na contextualização, a internacionalização do segmento, interferência política, decréscimo de beneficiários e impacto em relação a contratante dos planos de saúde.

Na metodologia, esclarecemos a opção pelo método de “estudo de caso” devido à complexidade do segmento de autogestão, inclusive a opção de poder fazer comparações com outras operadoras com o mesmo perfil.

Na análise do “caso” CASSI, fizemos uma contextualizando com a retrospectiva histórica da firma, a atual estrutura administrativa, quantidade e perfil dos beneficiários distribuídos nos vários planos administrados, enquadramento legal, e as tentativas do Patrocinador de

desobrigação em relação à saúde suplementar para os empregados, especialmente aos ex-empregados (Benefício Definido).

Na análise de resultados, inicialmente, fizemos um resumo que demonstra a deterioração dos indicadores ao longo do período analisado (2010-2018); na sequência, segregamos a análise em categorias e subcategorias dos indicadores de análise econômica e financeira, inclusive comparativamente com as demais operadoras. Posteriormente, confrontamos o impacto em relação a tique médio, idade dos beneficiários e inflação médica.

Ao final deste estudo, com base nos resultados e conclusões, será possível a apresentar o diagnóstico e apontar caminhos que viabilizem a sustentabilidade da CASSI, que, também possa vir a ser adotado por outras operadoras de saúde que utilizam o modelo de Autogestão e que, por similaridade, também possam estar, ou irão vivenciar a mesma realidade.

Diante das reflexões teóricas, levantamos a seguinte questão:

Como o cenário político e econômico; mudanças tecnológicas, e legislação trabalhistas estão modificando as relações de trabalho e, conseqüentemente, a sustentabilidade da CASSI.

1.1 – Objetivos

A investigação é um estudo de caso com o objetivo de:

1.1.1 – Objetivo Geral

- Analisar a sustentabilidade financeira da operadora de autogestão CASSI, integrante do mercado de saúde suplementar do Brasil; período de 2010 a 2018;

1.1.2 – objetivos específicos:

- Diagnosticar as causas que estão impactando a sustentabilidade da operadora de autogestão CASSI;

- Apontar caminhos que viabilizem a sustentabilidade econômica e financeira da operadora de autogestão CASSI.

2 – REVISÃO DE LITERATURA

(Aspectos políticos e econômicos, regulamentação, rede de serviços, modalidade de operadoras, forma de prestação dos serviços, beneficiários e custos)

2.1 – aspectos políticos e econômicos

O sistema de saúde Brasileiro está organizado para a coexistência de um sistema híbrido (identificado com o sistema “Racionalizador”) no oferecimento de serviços de saúde: sistema público denominado de Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988) e sistema privado denominado de Saúde Suplementar (Brasil, 1998); cuja priorização para um ocorre em detrimento do outro, depende de decisões política-ideológica e/ou econômica sobre a predisposição de alocação de recursos públicos para atender as expectativas da população.

Sobre a ótica de Paim (2016), no campo da saúde existem três projetos em permanente disputa: "MERCANTILISTA, ou expansionista, onde a saúde não figura como direito, mas como mercadoria; RACIONALIZADOR ou revisionista, em que há certa flexibilização das diretrizes do sistema diante de forças hegemônicas; e, o DEMOCRÁTICO, mais diretamente ligado à luta da reforma sanitária brasileira, a qual defendeu, por admitir a pluralidade de ideologias e favorecer a participação social”.

O marco regulatório do setor de saúde suplementar teve início com a edição do Decreto-Lei 73/1966, que dispôs sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados e, entre outros assuntos, regulou as operações de seguro. A regulação e fiscalização do setor estava, até então, a cargo da Superintendência de Seguros Privados (Susep). Porém, este marco foi alterado no final da década de 90, com a entrada em vigor de Lei 9.656, de 03.06.1998, e das medidas provisórias que sucessivamente a alteraram, a normatização só existia para o setor de seguro saúde, e mesmo assim apenas nos aspectos econômico-financeiro dessa atividade. (TCU, 2018).

Antes da Lei nº 9.656/1998 entrar em vigor os clientes do mercado de saúde suplementar não tinham uma lei específica para protegê-los. Em 2018, o Governo Brasileiro (esferas federal, estadual e municipal) aplicou 3,8% do PIB no financiamento das atividades de saúde

para atendimento às demandas de $\frac{3}{4}$ (três quartos) da população brasileira; ou seja, aproximadamente 160 milhões de pessoas ².

Traçando um paralelo com o sistema de saúde suplementar, o valor desembolsado pelo setor público, estimado em R\$ 165,9 bilhões, equivalente a alocação “per capita” R\$ 1.055,80/ano, ou tíquete médio mensal de R\$ 88,00 para atendimentos médicos, hospitalares, laboratoriais, odontológicas, entre outras.

Enquanto isto, foram alocados para o sistema de saúde suplementar “outros” 4,4 % do PIB, equivalente a R\$ 195,6 bilhões, dos quais R\$ 192,07 bilhões para as operadoras médicas e hospitalares e R\$ 3,5 bilhões para operadoras exclusivamente odontológicas. Ou seja, para atender a menos de 24,2% da população – aproximadamente 47,4 milhões de pessoas ³ - foram alocados “per capita” mensal o equivalente R\$ 122,00 para as atividades exclusivamente odontológicas, e outros R\$ 344,00, para as demais atividades de saúde: médicas, hospitalares, laboratoriais, entre outros.

Neste contexto, verifica-se que o somatório dos recursos públicos e privados direcionados para a saúde totalizaram o percentual de 8,2 % do PIB; aproximando o Brasil da média mundial de 10% do PIB⁴; porém, comprovadamente, dentro de um modelo de alocação de recursos que promove uma brutal desigualdade no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira.

2.2 – Sistema de Saúde Suplementar

A Constituição de 1988 tratou do tema Saúde Suplementar ao permitir que o Poder Público pudesse recorrer aos serviços privados de saúde quando os recursos próprios fossem insuficientes em função da reduzida alocação de recursos públicos e/ou de dificuldades na gestão do sistema público de saúde.

Com base na Lei 9.656/1998, houve a reorganização e enquadramento do sistema de saúde suplementar: planos e seguros privados de saúde. Na sequência, com base na Lei 9.961/2000,

² <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>

³ http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/05-08-cad-info-marco-2019-total.pdf

⁴ https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estão-gastando-mais-em-saúde-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-serviços-com-dinheiro-do-próprio-bolso&Itemid=843

foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como finalidade a regulamentação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. (Brasil, 2000)

2.2.1 – Rede de Serviços de Saúde Suplementar

Os beneficiários dos serviços de saúde suplementar são atendidos pelas firmas operadoras, as quais estão subdivididos em função da sua modalidade, de acordo com a Resolução Normativa (ANS - RN 39/2000);

2.2.1.1 - Modalidade e tipos de operadoras de saúde:

- Autogestão é a modalidade na qual uma organização administra, sem finalidade lucrativa, a assistência à saúde dos beneficiários a ela vinculados: empregados ativos e/ou aposentados e/ou pensionistas e/ou dependentes.
- Cooperativa Médica e/ou Odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, para prestação de serviços de saúde médica e odontológica ou exclusivamente odontológica; (Brasil, 1971)
- 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;
- Medicina e/ou Odontologia de Grupo: demais firmas ou entidades que operam planos privados de assistência médica e odontológica ou somente odontológica;
- Administradora de Benefícios: firmas 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 ANS - RN 196/ 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, na forma da Lei 10.185/2001 (Brasil, 2001).

2.2.1.2 - Forma de prestação dos serviços entre as operadoras dentro da saúde suplementar:

- Rede própria de atendimento: Cooperativas Médicas, as firmas de Medicina de Grupo e as entidades Filantrópicas, cujo atendimento aos beneficiários dos planos de saúde são direcionados preferencialmente (obrigatoriamente) para às unidades próprias de saúde (hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios entre outras), bem como aos profissionais do quadro próprio e/ou cooperados;
- Rede terceirizada: Seguradoras Especializadas em Saúde e as Autogestão, cujo atendimento é terceirizada com livre escolha entre os profissionais e/ou unidades de saúde credenciadas: clínicas, hospitais, laboratórios entre outras;
- Rede mista: complementar às redes próprias.

2.3 – Modalidade de Autogestão

Na Autogestão, os participantes do plano, necessariamente, possuem representação nos órgãos deliberativos dessas operadoras sendo corresponsáveis pela gestão, bem como na definição do tipo de assistência médico hospitalar aos seus participantes.

A Autogestão é totalmente diferenciada das demais operadoras de saúde, atuando com real preocupação com a qualidade de vida e saúde de seus beneficiários, que vai muito além do consumo de serviços de saúde. Um contraponto a “visão mercantilista” da saúde (Paim, 2006).

Esta modalidade está subdividida em três grupamentos em função da vinculação e dependência econômica as firmas instituidoras, mantenedoras ou grupo de firmas (multipatrocinados), a saber:

2.3.1 - 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 Resolução Normativa – ANS - RN n.º 137/2006, alterada pela ANS - RN n.º 148/2007 (Brasil, 2006 e 2007);

2.3.2 - 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 – ANS -RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007 e Instrução Normativa – IN DIOPE n.º 10/2007 (Brasil);

2.3.3 - 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 Resolução Normativa – ANS - RN n.º 137/2006, alterada pela RN n.º 148/2007 (Brasil).

2.4 – Custos dos Planos de Saúde

Os reajustes dos custos dos planos de saúde têm várias regras cujo financiamento é efetuado pelos próprios beneficiários (plano individual e familiares e/ou Autogestão sem mantenedores) ou pelos seus empregadores (planos coletivos). Invariavelmente, este sistema de reajuste gera um certo grau de insatisfação entre as operadoras e os beneficiários, os quais tinham apenas os órgãos de defesa do consumidor e a justiça como último recurso.

A lei dos planos de saúde (Lei 9.656/1998) e a lei da agência reguladora de saúde suplementar (ANS Lei ANS 9.961/2000) estabelece que as operadoras são livres para determinar o custo dos respectivos planos de saúde. Porém, estabelece a necessidade de cláusulas contratuais que asseguram direitos e impõe deveres para os beneficiários e operadoras: rol de procedimentos mínimos obrigatórios; sistemática de divulgação e alteração da rede específica de atendimento; formas de reajustes e revisões de prestações; sanções, multas e outras penalidades etc. (Brasil, 1998 e 2000).

Para atender a Lei 10.741/2003, que institui o Estatuto do Idoso (destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos), ficou estabelecido que todos os planos de saúde devem observar que o valor da última faixa etária (59 anos) não pode exceder a 6 (seis) vezes o valor da faixa etária inicial que vai de zero a 18 anos. Exceção para os planos anteriores a Lei 9.656/98, cuja faixa etária poderia ir até os 70 anos. (Brasil, 2003 e 1998)

No segmento de saúde são identificados diversos fatores que o tornam altamente complexo e de difícil compreensão para a maioria dos beneficiários.

Segundo Mattos (2012) “No setor de planos de saúde, há uma grande dificuldade de os usuários conhecerem de antemão a qualidade dos serviços de saúde das várias operadoras

no mercado. Sua capacidade de avaliação, no momento da aquisição do plano, está baseada na leitura do contrato, nas informações prestadas pelo vendedor e pelo testemunho de outros usuários com suas experiências particulares sobre o serviço. Os contratos de planos de saúde incluem definições e termos que são, em geral, de difícil compreensão para o usuário médio, o que se aduz à complexidade usual dos contratos de serviços em geral. Os graus de cobertura dos vários planos disponíveis tendem a não ser transparentes para este usuário médio”.

2.5– Formas de reajuste dos custos dos planos de saúde individuais e coletivos

A ANS define as formas de reajuste dos planos de saúde em função da forma de contratação.

2.5.1 - Plano individual/ familiar e Autogestão sem vínculo empregatício

De acordo com a ANS - RN 156/2007, os planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores seguem as mesmas regras de reajuste dos planos individuais/familiares. Assim, as Autogestões sem mantenedores também precisam obter a autorização da ANS para aplicar o reajuste, desde que esses planos sejam também considerados planos novos. Os planos individuais e/ou de autogestão antigos (anteriores a Lei 9.656/98), cujas cláusulas contratuais não sejam efetivamente claras da forma de reajustes; também se submetem ao índice oficial da ANS; exceto nos casos de Termo de Compromisso definidos pela Agência. (Brasil, 2007 e 1998)

2.5.2 - Planos Coletivos

Os planos de saúde coletivos são aqueles contratados por pessoas jurídicas (firmas), cujo contratante oferece o plano como benefício aos seus empregados. Ou ainda, nos casos de empresários individuais ou coletivos por adesão, quando as pessoas jurídicas contratantes são entidades de caráter profissional, classista ou setorial, sendo possível contar com a participação de uma Administradora de Benefícios. Estes planos se subdividem em dois grupamentos:

2.5.2.1 - Planos coletivos com menos de 30 beneficiários (Agrupamento de Contratos)

Cada operadora deve efetuar o “agrupamento” de todos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários para aplicação do mesmo percentual de reajuste como se fossem um único contrato. Essa medida, tem como objetivo a diluição do risco desses contratos para aplicação do reajuste ao consumidor, conferindo maior equilíbrio no índice calculado em razão do

maior número de beneficiários considerados. Neste caso, o índice de reajuste único aplicado a todos estes “contratos agrupados” deve ser divulgado pela própria operadora em seu portal na internet no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversários.

2.5.2.2 – Planos coletivos com mais de 30 beneficiários

O reajuste dos planos coletivos com 30 (trinta), ou mais beneficiários, são livremente negociados entre a firma contratante (pessoa jurídica) e a operadora ou administradora de benefícios contratada. Para estes casos, cabe a operadora disponibilizar os seus cálculos e demais informações sobre receitas e despesas dos beneficiários para conferência pela contratante. Dessa forma, a participação da contratante é fundamental no ato da negociação do reajuste e, conseqüentemente, conseguir melhores condições em relação à negociação de valores. Os percentuais acordados devem ser informados à ANS.

Aqueles planos contratados anteriormente à Lei 9.656/98, podem se valer das condições pactuadas nos contratos originais. (Brasil, 1998).

Neste ponto, vale ressaltar a declaração da Presidente do Instituto Brasileiro de Atuária, Raquel Marimon⁵: “cabe aos atuários (firmas) definir o preço, os reajustes e os recursos que as operadoras precisam guardar para garantir os riscos que ela está assumindo ao vender os planos de saúde”.

Como contraponto a esta disparidade de índices utilizados pelas operadoras para reajustamento dos contratos de prestação de serviços de saúde, coube ao Tribunal de Contas da União (TCU)⁶ chamar a atenção da ANS, quando da análise da competência de a ANS autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde; expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com o intuito de homologar reajustes e revisões; e monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde.

Na análise do TCU, veja os principais achados: “Os dados coletados evidenciaram que a ANS não dispõe de mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos nos planos coletivos. Os dados não são analisados, criticados e confrontados com

⁵ Summit Saúde Brasil 2019 – “Dez anos de regulamentação dos planos de saúde coletivos” <http://patrocinados.estadao.com.br/anab/dez-anos-de-regulamentacao-dos-planos-de-saude-coletivos/>

⁶ <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/reajuste-dos-planos-de-saude.htm>

padrões de referência adequadamente construídos. Foi possível verificar que o Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC) não possui mecanismos suficientes de validação das informações inseridas pelas operadoras. Além disso, não foram encontrados registros de ações concretas da ANS para saneamento de erros e anormalidades encontrados nos comunicados de reajuste, salvo a exclusão dos comunicados com valores atípicos da base de cálculo do reajuste dos planos de saúde individuais. Observou-se que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas pela regulamentação a descrever com suficiência de detalhes a memória de cálculo do percentual de reajuste anual aplicado nos planos coletivos e que a inclusão de um percentual de reajuste referente”.

Desta análise, foi proferido o Acórdão 679/2018-TCU, de 28.03.2018 com determinação e recomendações à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: “Elaboração e encaminhamento de plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de atuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à Agência Reguladora pelas operadoras de planos de saúde, mormente no que se refere à retomada das visitas técnicas às firmas e ao tratamento dos casos em que são identificadas práticas abusivas contra os consumidores; reavaliação da metodologia atualmente utilizada para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares, de modo a prevenir, com segurança, os efeitos de possível cômputo em duplicidade da variação associada à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, haja vista que tal variação, presumivelmente, já ser levada em conta pelas operadoras na definição dos reajustes dos planos coletivos; avaliação da conveniência e da oportunidade de passar a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços. Com a execução das medidas propostas pelo Tribunal, espera-se a mitigação do risco de ocorrência de reajustes abusivos nos planos coletivos; o aumento da efetividade da regulação da ANS e o aumento da transparência nas propostas de reajustes apresentadas pelas operadoras às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos; e a redução do percentual de reajuste máximo dos planos individuais nos próximos anos”. (Brasil, 2018).

Na prática, ao se revisitar o modelo de reajuste dos planos de saúde individuais e familiares, mediante a introdução do FGE (fator de ganhos de eficiência), tenta-se provocar a quebra da

inflação inercial⁷, cuja retroalimentação estava provocando uma visível escalada crescente dos preços. (Diferença Relativa).

Com relação a Variação dos Custos Médicos e Hospitalares (VCMH); o primeiro ponto a ser considerado é a auto-regulamentação entre operadoras e contratantes. Isto pode empoderar ou fragilizar os contratantes, em função do seu poder de barganha, devido ao fato de o índice ser calculado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS); uma entidade vinculada somente às próprias operadoras, a qual se encarrega de efetuar a medição, cálculo e divulgação para aplicabilidade no reajuste dos contratos; ou seja, falta isenção e transparência.

Outro complicador é o fato de o IESS trabalhar com conceitos, premissas, fonte dos dados e metodologia divergente em relação aos demais institutos de preços oficiais (públicos ou privados, cuja metodologia utilizada é testada e reconhecida) provocando muitas oscilações em relação aos indicadores oficiais; enquanto o VCMH é sempre maior.

Por fim, a própria fórmula do VCMH que mede a variação do custo médico somada com a demanda dos procedimentos (frequência); afinal, não é segredo para ninguém que a atividade médica é capaz de gerar demanda para ela mesma (novas consultas com vários especialistas, terapias, exames, procedimentos, internação, cirurgia, pós-cirúrgico, entre outros), cujos pagamentos são por evento (*Fee For Service*) modelo muito criticado.

Outros exemplos são: introdução no custo das novas tecnologias, porém sem o descarte dos custos das tecnologias substituídas, antigas e obsoletas; priorização dos procedimentos (exames), muitas vezes até invasivos, sem a comprovação de evidências médicas; falta de priorização dos honorários médicos; elevado grau de informação desconhecidas, muitas vezes inadequadas ao tratamento, incentivando o desperdício; falta de uma política de convivência e acompanhamento em relação ao envelhecimento da população; elevado grau de doenças neurológicas, entre outras.

⁷ “A inflação inercial ocorre quando os preços de uma economia oferecem resistência às políticas de estabilização para atacar as causas primárias da inflação, é a chamada memória inflacionária. Essa inflação inercial é decorrente de mecanismos de indexação, que reajustam o valor das parcelas de contratos pela inflação do período passado, ou seja, mesmo que não tenha uma razão do preço aumentar, ele aumenta baseado nessa memória inflacionária” (Bresser Pereira)

Tudo isto, está obrigando as firmas contratantes dos planos de saúde coletivos a repensarem os seus modelos de gestão e acompanhamento dos custos de saúde destinados como benefícios aos empregados.

A correta compreensão dos fatores que influenciam – positiva ou negativamente – o desempenho das firmas é de grande relevância.

As firmas mais eficiente e eficazes vivem em permanente reprogramação/ reafirmação das suas estratégias no curto, médio e longo prazo, promovem adaptação tecnológicas, novas formas de gestão, instrumentos de controle visando oferecer produtos e serviços com preços suportáveis e acessíveis à satisfação das necessidades dos clientes e, ao mesmo tempo, empregam todas os esforços para redução dos seus custos visando aumento da sua lucratividade e, conseqüentemente, a sustentabilidade da firma.

A eficiente análise de desempenho das firmas passa, necessariamente, pela utilização de métodos e instrumentos adequados, conforme alertam Hitt, Boyd e Li (2004, Pág. 15). Caso esse cuidado não seja considerado, corre-se o risco de tomar decisões de forma indevida, podendo comprometer a sustentabilidade da organização.

A análise de desempenho precisa estabelecer as referências que serão utilizadas para sua avaliação dentro de um ambiente competitivo. Miles e Snow (1978), logo na introdução do estudo, afirmam: “Qualquer tentativa de examinar a adaptação organizacional é difícil, pois o processo é altamente complexo e mutável. O arcabouço teórico proposto trata de maneiras alternativas pelas quais as organizações definem seus domínios de mercado de produtos (estratégia) e constroem mecanismos (estruturas e processos) para perseguir essas estratégias”.

Entre as várias ferramentas de diagnóstico estratégico sobre a gestão do negócio, a análise da Matriz SWOT vem sendo muito utilizada na análise do setor de saúde (Kramer, 2001), conforme (Wijngaarden 2012, Pág. 35); consiste em um confronto entre desenvolvimentos externos e capacidades internas. No externo os desenvolvimentos são identificados como oportunidades ou ameaças para a organização; os recursos internos são descritos como pontos fortes ou pontos fracos da organização. Sediada no confronto entre as duas opções estratégicas ou mesmo um novo curso estratégico pode ser identificado para a organização (Johnson e Scholes, 1999), conforme (Wijngaarden, 2012, Pág. 35)

É muito importante identificar os fatores externos (ameaças e oportunidades) que podem comprometer o desempenho da firma; isto é uma das mais essenciais tarefas dos gestores. A correta identificação das leis, normas e regras e forma de atuação dos seus concorrentes, diante do ambiente cada vez mais competitivo em que as firmas estão inseridas podem contribuir para os ganhos, ou perdas, da companhia; cujos cenários mais acirrados exigem maior precisão nas estratégias organizacionais.

Além disto, a correta identificação dos fatores internos da organização, diagnosticando os pontos fortes e pontos fracos, elencando suas fragilidades e potencialidades. Afinal, nenhuma firma/firma pode não se beneficiar de oportunidades do mercado se não estiver preparada para isso.

Na fase de diagnóstico, além da Matriz SWOT; devem ser utilizadas outras ferramentas de gestão para certificação dos itens apontados: Fluxogramas; Cartas de Controle; Diagramas de causa e efeito (espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa); Folhas de verificação; Histogramas; Gráficos de dispersão; Diagrama de Pareto; entre outras.

A complexidade do segmento de saúde, o ingresso de novos players internacionais, elevou significativamente a competitividade da prestação de serviços e custos. Consequentemente, necessidade de ajustamento da organização em relação aos diversos estágios da pirâmide de Carrol (1979, Pág. 500): responsabilidade econômica (lucrativa), responsabilidade legal (obedecer às leis), responsabilidades éticas (comportamento ético, fazer o que é certo, justo, evitar danos), responsabilidades filantrópicas (contribuir para a qualidade de vida, promovam o bem-estar humano).

A gestão tradicional, burocrática já não atende a todas estas demandas; o cenário competitivo exige uma gestão com atuação dinâmica, adaptável e muitas vezes disruptivas. Este conceito da ambidestria organizacional (March, 1991) busca uma forma de conciliar necessidades antagônicas, de modo que objetivos aparentemente contraditórios possam ser perseguidos ao mesmo tempo. O acirramento da competitividade exige que a gestão organizacional enfrente diversas escolhas que envolvem renúncias (*trade-off*), como por exemplo flexibilidade versus eficiência.

A partir da análise das diversas variáveis – dependentes ou independentes -, é possível ter uma noção da magnitude da mudança necessária, em direção à responsabilidade social.

A adequação estratégica se dará por meio de mudanças nas principais variáveis independentes, para que a firma possa aproveitar suas forças reais e potenciais (caso possua os atributos necessários), evitando suas fraquezas (caso não as tenha), para melhor explorar as oportunidades e neutralizar as ameaças ambientais, sejam elas atuais ou potenciais. Assim, a firma poderá avaliar se a mudança para uma atuação socialmente responsável é realmente desejável e factível.

Neste processo de avaliações, podemos caracterizar algumas fases: (a) da viabilidade e das ações necessárias para a implementação bem-sucedida de uma nova estratégia; (b) das chances de sucesso de uma estratégia já iniciada; (c) das razões de insucesso de uma estratégia já implementada.

Pelo fato dos questionamentos que levam a uma avaliação do tipo (b) serem os mais comuns no contexto atual da responsabilidade social no Brasil, em que as firmas estão começando a implementar práticas sem recorrerem a um planejamento.

2.6 – Hipóteses:

Considerando o exposto e respaldado no referencial teórico, traçamos as seguintes hipóteses:

- O tíquete médio é o principal causador do déficit financeiro da CASSI;
- O envelhecimento (idade, percentual de idoso na carteira, índice de envelhecimento) dos beneficiários é considerado como a principal justificativa para o déficit financeiro da CASSI;
- Despesas administrativas (localização, pessoal, terceirização) é considerado como o maior causador do déficit financeiro da CASSI;
- A “inflação médica” é a principal causadora do déficit da CASSI;
- O déficit da CASSI está diretamente vinculado aos custos assistenciais (sinistralidade).

3 – CONTEXTUALIZAÇÃO

(Momento atual do segmento de saúde suplementar, internacionalização, interferência política, crise econômica, redução de beneficiários e repactuação de contratos).

Após a regulamentação da saúde suplementar com base na lei 9.656/1998, houve uma expansão no oferecimento de serviços de saúde privado, notadamente pelas firmas de medicina de grupo e cooperativas médicas, decorrente das condições macroeconômicas de expansão da economia nacional, a partir de 2003, favorecendo absurdamente o desenvolvimento deste mercado, ao ponto de grupos de investidores nacionais e estrangeiros financiarem campanhas de políticos para defesa dos seus interesses (*lobby*).

Bahia (2018, Pág.12) Scheffer, Bahia (2015, Pág. 1), em continuidade aos estudos publicados em 2010, ratifica a evolução da interferência dos grupos econômicos no financiamento das campanhas políticas: “As firmas de planos de saúde doaram R\$ 54,9 milhões para as campanhas de 131 candidatos nas eleições de 2014. O apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger a Presidente da República, 03 governadores, 03 senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais. Outros 71 candidatos a cargos eletivos receberam doações, mas não se elegeram. A cada nova eleição no Brasil, os planos de saúde aumentam as apostas em candidatos ao Legislativo e Executivo, estendendo-as para políticos das três esferas de governo, de diversos partidos e candidaturas, tanto majoritárias quanto proporcionais. As eleições de 2014 acentuam tendências que ainda não eram nítidas nos pleitos anteriores. O primeiro destaque é o aumento exponencial do volume de doações, se comparado às eleições de 2002, 2006 e 2010. Outro movimento que adquire matizes fortes é o comparecimento simultâneo de firmas representativas de segmentos distintos da assistência médica suplementar, sinalizando investimentos em bloco dos interesses dos planos de saúde mais bem posicionadas no mercado: quatro firmas/grupos foram responsáveis por aproximadamente 95% das doações. A firma Amil foi a maior doadora em 2014”.

Ainda em 2012, no site da firma americana United Health Group⁸, consta a informação - referente a emissão do Fato Relevante ao mercado americano -, sobre a justificativa para a decisão de compra da firma brasileira, Grupo Amil:

⁸ United Health Group emite Fato Relevante (conhecimento ao público sobre qualquer fato que podem afetar o preço das ações ou influenciar a decisão dos acionistas de comprar, manter ou vender os ativos)

“Apoiada por uma economia com PIB per capita médio crescendo a uma taxa anual composta de 19,4% desde 2003, e um PIB per capita quase 2,5 vezes o da China, a demanda por cobertura de saúde privada continua a aumentar no Brasil. A participação em benefícios de saúde privados aumentou de 35 milhões de pessoas em 2005 para quase 48 milhões em 2011, mas ainda serve apenas cerca de 25% da população, em comparação com quase 80% de penetração nos EUA”.

O *lobby* das firmas de saúde conseguiu incluir o art. 142 na Lei 13.097, que normatiza entre muitas outras coisas, a abertura definitiva do segmento de saúde para o capital estrangeiro. Esta lei foi aprovada em 19.01.2015 (último mês da legislatura federal); cujos novos deputados tomariam posse em 02.02.2015. (Brasil, 2015)

Essa leitura de cenário, não foi exclusividade da firma americana; outros grupos internacionais viram neste “boom” econômico vivido no Brasil como um terreno fértil para investir no segmento de saúde suplementar; ou seja, uma excelente oportunidade de auferir lucros na exploração da atividade. Enfim, a prestação de serviços de saúde assume a característica descrita por Paim (2016), como “Mercantilização”.

Certamente, os investidores nacionais ou estrangeiros não estavam preparados para uma crise política e econômica, iniciada em 2015, que culminou com o impeachment da Presidente da República, Dilma Rousseff, em agosto de 2016.

Porém, este cenário não impediu a escalada das fusões e aquisições das firmas do segmento, antes restrito às firmas nacionais. Os novos concorrentes, oriundos dos fundos financeiros internacionais, provocam um verdadeiro frenesi na busca de formação de grandes redes de prestadores de serviços de saúde e, conseqüentemente, elevada concentração em poucos players.

O prolongamento da crise política provocou uma recessão econômica e, conseqüentemente, o fechamento de muitas firmas, redimensionamento de outras e muito desemprego com reflexos imediatos na redução do número de beneficiários dos planos de saúde, especialmente devido ao mercado de saúde suplementar estar concentrado (80%) nos planos coletivos firmarias ou coletivo por adesão.

comunicando ao mercado americano sobre aquisição da AMIL.
<https://www.unitedhealthgroup.com/newsroom/2012/1029amil.html>

Este movimento de concentração em poucos *players* - via fusões e aquisições -, ainda permanece vigoroso; porém, além da rede de prestação de serviços também passaram a ser adquiridas as carteiras de clientes/ beneficiários com conseqüente verticalização do atendimento das demandas de saúde: da consulta ao pós-cirúrgico.

Segundo levantamento efetuado pela ANS, efetuado a pedido do jornal *O Estado de São Paulo*, pelo menos 40% dos planos de saúde têm rede própria de atendimento, formada por hospitais, ambulatórios e centros de exames laboratoriais, podendo representar até 80% das opções ofertadas aos clientes dos planos mais econômicos. Essa “verticalização do sistema” ganhou força na última década e, aos poucos, torna os pacientes cada vez mais dependentes das operadoras de saúde⁹.

Outro fator que merece destaque é a elevação desenfreada dos custos médicos (inflação médica) em percentuais muito superiores à inflação oficial com impacto imediato no item “planos de saúde” na remuneração (folha de pagamento) das firmas.

Com relação ao item “inflação médica”, houve manifestação do Tribunal de Contas da União (Acórdão 679/2018-TCU, de 28.03.2018)¹⁰, o qual fez recomendação expressa à Agência Nacional de Saúde Suplementar: “passar a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços”.

Essa recomendação do TCU, culminou com a edição da Resolução Normativa da ANS – Nº 441, de 19 de dezembro de 2018, a qual estabelece novos critérios de reajuste, exclusivamente para os planos individuais ou familiares: (Brasil, 2018)

- O Índice de Reajuste dos Planos Individuais (IRPI) combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Enfim, “o IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outra natureza, como despesas administrativas. Na fórmula, o IVDA terá peso de 80% e o IPCA de 20%. A fórmula do IVDA tem três componentes: a Variação das Despesas Assistenciais (VDA), a Variação da Receita por Faixa Etária (VFE) e o Fator de Ganhos de Eficiência (FGE). A VFE deduz a parcela da

⁹ <https://veja.abril.com.br/saude/40-dos-planos-de-saude-tem-rede-propria-de-atendimento/>

¹⁰ <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/reajuste-dos-planos-de-saude.htm>

variação de despesas das operadoras que já é recomposta pelos reajustes por mudança de faixa etária. Já o FGE é um índice de eficiência apurado a partir da variação das despesas assistenciais, transferindo para os consumidores a eficiência média do setor e evitando um modelo de repasse automático da variação de custos”.¹¹

Com relação ao reajuste dos planos coletivos vem sendo utilizado o “índice de Variação do Custo Médico Hospitalar do IESS (VCMH/IESS)”, o qual expressa a variação do custo das operadoras de planos de saúde com internações, consultas, terapias e exames entre dois períodos consecutivos de 12 meses. Contudo, diferentemente do IPCA e do IPCA Saúde, o VCMH não é calculado apenas com base na variação de preços, mas considera, também, a frequência com que um serviço é utilizado. Mas o que isso significa? Para indicadores que registram o aumento dos preços de uma determinada cesta de produtos e serviços, se o preço médio das consultas aumentar de R\$ 100 para R\$ 110, houve variação de 10%. Para o VCMH é importante constatar também quantas consultas foram realizadas no período. Assim, mantendo a variação de preço do modelo acima e considerando que eram realizadas 1000 consultas e passaram a ser realizadas 1100 consultas, o VCMH registraria um avanço de 21%”.

Enfim, o uso da frequência na fórmula do VCMH é um grande complicador; afinal, não é de todo desconhecido que as atividades de saúde têm a capacidade de ser autogeradora de demanda: um médico pode solicitar uma série de exames e/ou novas consultas direcionada a outros médicos especialistas; os quais podem solicitar novos exames; novos procedimentos; internação; cirurgias; terapias; etc. Essa geração de demanda espontânea pode fragilizar as firmas contratantes, em função da existência, ou não, do controle do perfil epidemiológico dos beneficiários, resultando em baixo poder de negociação junto aos operadores do sistema de saúde.

No evento “Fórum de Tecnologia em Saúde” (março/2019), a firma de Auditoria Deloitte¹², apresentou o impacto do custo dos planos de saúde na folha de pagamento de pessoal, o qual está crescendo num ritmo superior a três vezes a inflação oficial. Em 2005, o custo

¹¹ <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5080-ans-limita-em-o-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-ou-familiares>

¹² <https://www2.deloitte.com/br/pt/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-outlook.html>

proporcional na folha de pagamento girava em torno de 5%; em 2018, passou para 13,1%, com previsão de alcançar 14,9% em 2022.

A reação das firmas contratantes já começa a ser sentida pelo mercado. O jornal Valor¹³, especializado em economia e negócios, informa que, a partir de 2015, cerca de 25% das firmas efetuaram processo migratório entre as operadoras de saúde visando baratear os custos.

Outras firmas, a exemplo da Ambev, McDonald's, Pirelli, Santander, passaram a gerenciar diretamente o plano de saúde dos seus empregados com elevada redução dos custos para valores de até 5 anos atrás.

Na verdade, as firmas brasileiras estão seguindo uma tendência mundial de grandes corporações de intervir diretamente na gestão dos planos de saúde dos empregados; a exemplo da decisão três titãs americanas como protagonistas: Amazon (firma transnacional de comércio eletrônico); Berkshire Hathaway (holding de firmas seguradoras; logística aérea e terrestre; vestuário; comunicações; etc.) e JP Morgan Chase (maior instituição financeira dos EUA e 6ª maior do Mundo), inicialmente para administrar os planos de saúde dos seus empregados (algo próximo de 950.000) em função da frustração com a qualidade, o serviço e os altos custos (inflação médica) que seus funcionários e familiares experimentaram no sistema de saúde dos EUA.

A Joint Venture, firma sem fins lucrativos, criada pelas firmas citadas no parágrafo anterior, denominada de Haven Health Care¹⁴, cuja missão vem sendo disseminada pelo CEO, Atul Gawande (Md Mph): ser prioridade implacável no atendimento do paciente de forma sustentável; ser um parceiro de qualquer pessoa física ou jurídica (médicos, indústria, inovadores, formuladores de política, etc.) que priorize o atendimento dos paciente com melhores custos; criar novas soluções (sistemas, tecnologias, contratos, políticas) para melhorar o sistema de saúde. (tradução livre).

O simples anúncio da formação da Haven foi suficiente para uma movimentação de “queda” nos valores das ações das “grandes operadoras de saúde” dos EUA; prenunciando novos rearranjos no segmento de saúde suplementar a nível mundial.

¹³ <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2019/09/16/companhias-conseguem-baixar-custo-com-saude.ghtml> ; <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2019/09/16/na-ambev-economia-atinge-r-90-milhoes.ghtml>

¹⁴ <https://havenhealthcare.com>

4 - METODOLOGIA

(Esclarecimentos pela opção pelo método de “estudo de caso” devido à complexidade das autogestões e comparações com outras operadoras com o mesmo perfil).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, as modalidades de pessoa jurídica que podem operar/administrar planos de saúde no Brasil, são:

Administradora - A Resolução Normativa ANS - RN 196/2009, define Administradora de Benefício como a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos; (Brasil, 2009)

Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica - A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 39/2000 define como Cooperativa Médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde; (Brasil, 1971).

Autogestão – A ANS RN 137/2006 da ANS define como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de Autogestão: (Brasil, 2006)

I – 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 exclusivamente aos beneficiários vinculados a Entidade Mantenedora;

II – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos beneficiários da Patrocinadora e/ou Mantenedora: (Redação dada pela RN n.º 148, de 2007):

III – a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional. (Incluído pela RN n.º 148, de 2007):

Instituições Filantrópicas - A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 39/2000 define como Instituições filantrópicas as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal

junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Seguradoras Especializadas em Saúde - São Sociedades com fins lucrativos, que comercializam "seguros de saúde", desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse serviço.

Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo - A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 39/2000 define como Medicina de Grupo as firmas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão ou instituição filantrópica.

Com a aprovação da Lei 9.656/1998, que regulamentou o setor de saúde suplementar no Brasil e criou o CONSU – Conselho de Saúde Suplementar, e da Lei 9.961/2000, que criou a ANS – Agência Nacional de Saúde, tornou-se necessário equiparar as operações de seguro saúde aos planos privados de assistência à saúde, de forma a adaptar tais operações aos requisitos legais. (Brasil, 2000)

A Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, enquadrou o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde, e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde, para efeito da Lei 9.656, de 1998. Às sociedades seguradoras, que em 2001 já operavam o seguro saúde, foi determinado que providenciassem a especialização até 1º de julho de 2001, quando passaram a ser disciplinadas pelo CONSU e ANS. (Brasil, 2001)

Com o advento da RDC nº 65/01, a ANS regulamentou este segmento, aplicando-se, no que coube, às sociedades seguradoras especializadas em saúde, o disposto nas normas da SUSEP e do CNSP, publicadas até 21 de dezembro de 2000, cujas matérias não tenham sido disciplinadas pela ANS e pelo CONSU.

Autogestão é a modalidade que integra a rede privada da saúde suplementar na qual uma organização administra, sem finalidade lucrativa, a assistência à saúde, exclusivamente aos beneficiários a ela vinculados: empregados ativos e/ou aposentados e/ou pensionistas e/ou dependentes; ou vinculados a uma determinada categoria profissional.

A Autogestão é totalmente diferenciada das demais operadoras de saúde, atuando com real preocupação com a qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários, que vai muito além do

consumo de serviços de saúde. Um contraponto a “visão mercantilista” da saúde (Paim, 2016).

É precisamente uma dessas operadoras de Autogestão, Caixa de Assistência de Assistência dos Empregados do Banco do Brasil (CASSI), que constitui o caso, “unidade de análise” (Yin, 2015, Pág. 34), objeto deste estudo.

Para Yin (2015, Pág. 04) qualquer que seja o campo de interesse, o Estudo de Caso, é uma opção quando se deseja estudar fenômenos sociais complexos. Afirma ainda, que o Estudo de Caso possibilita aos investigadores manterem o foco num caso “numa perspectiva holística e do mundo real” – como processos organizacionais e administrativos.

As questões do método, estudo de caso, são mais explicativas, tipo: “como” e “por quê”. Estas questões se defrontam com vínculos operacionais que demandam, serem traçados ao longo do tempo, além de meras frequências e/ou incidências.

O estudo de caso é uma investigação empírica que busca investigar um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade no contexto do mundo real.

“A essência de um Estudo de Caso... é que ele tenta iluminar uma “decisão” ou um conjunto de decisões: porque elas são tomadas, como elas são implementados e com que resultados” (Schramm, 1971), citado em Yin (2015, Pág. 16).

Do total das 156 operadoras de Autogestão registradas na ANS, selecionamos 7 (sete) para análise comparativa com a CASSI, objeto deste estudo, obedecendo aos seguintes critérios:

- Ter como característica a dependência de rede terceirizada de atendimento para assistência médica e hospitalar devido à ausência – ou muito insipiente - rede própria de atendimento e, mesmo quando existente, a rede própria atua de forma concorrencial com a rede credenciada e restrita às consultas clínicas e sem realização de outros procedimentos ambulatoriais mais complexos;
- Os beneficiários sejam integrantes da mesma atividade profissional (bancária), independente do porte e abrangência da rede de atendimento.

As sete operadoras de autogestão escolhidas estão descritas a seguir:

- CABERGS - Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul;

- CABESP - Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo;
- BANESCAIXA - Caixa de Assistência dos Empregados do Sistema Financeiro Banestes;
- CASF - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco da Amazônia;
- CAMED SAÚDE - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil;
- SAUDE BRB - Caixa de Assistência;
- ECONOMUS - Instituto de Seguridade Social;

A princípio, realizamos uma análise dos indicadores econômicos e financeiros apurados e divulgados pelos ANUÁRIOS da ANS, período de 2010 a 2018¹⁵, com vistas a selecionar aqueles que seriam objeto de comparação.

Posteriormente, fizemos comparações destes indicadores entre as firmas de Autogestão que guardavam alguma similaridade com a CASSI para que fosse possível ter uma visão mais aproximada da real situação da operadora em estudo.

Todas as operadoras de autogestão selecionadas para análise são classificadas pela ANS como Assistência Médica e Hospitalar – AMH; porém, fizemos opção de identificar aquelas que se restringem a atividade AMH daquelas que também oferecem adicionalmente a assistência odontológica acrescentando à sigla AMH a vogal (O), passando a classificá-las como AMH+O. Identificamos que entre as 8 analisadas 4 não oferecem serviços odontológicos (BANESCAIXA; CASF; ECONOMUS e CASSI) e outras 4 fazem extensão de assistência odontológica (CABERGS, CABESP, CAMED SAUDE, BRB SAUDE).

4.1 – Categorias e Subcategoria de análise

As categorias selecionadas para análise dos dados coletados foram fundamentadas com base no trabalho¹⁶, e no Anuário de Análise de Desempenho Econômico e Financeiro de todas as operadoras de saúde suplementar, publicado anualmente pela ANS (2010 a 2018). O quadro final das categorias ficou assim definido:

¹⁵ Lei 11.638/2007 admitiu ajustes e acertos retroativos na forma de contabilização até 12/2009, levando em consideração a existência de informações inconsistentes, inclusive referente a Benefício Definido.

¹⁶ “Projeto de Recuperação, Manutenção e Sustentabilidade da CASSI”, elaborado por nós, o qual está registrado na Biblioteca Nacional, em 2016, registrado os Direitos Autorais na Biblioteca Nacional, com um número de Registro de Averbação nº 710.576 (2016).

Indicadores de Análise Econômica e Financeira (entre as operadoras selecionadas)

- 2010 – 2018

Categoria	Subcategoria
I - Rentabilidade	Retorno sobre Ativos – ROA; Retorno sobre o Patrimônio Líquido – ROE; Margem sobre o Lucro Bruto - MLB; Margem sobre o Lucro Líquido – MLL; Margem EBIT - EBIT.
II - Capital	Endividamento - ENDIV
III - Operacional	Sinistralidade - DM; Despesas Administrativas - DA; Somatório (DM mais DA) – COMB.
IV - Liquidez	Liquidez Geral – LG Liquidez Corrente – LC
V - Tíquete médio	
VI - Beneficiários (perfil)	Percentual de idosos; Índice de envelhecimento; Idade média.
VII – Inflação médica	

Quadro 1

5 – O “caso” CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL - CASSI

(Apresentação da firma: história, estrutura atual, beneficiários, enquadramento legal, desoneração em relação ao Benefício Definido).

5.1 – CASSI: Retrospectiva histórica

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI¹⁷ é uma pessoa jurídica de direito privado, constituída em Assembleia Geral de 27 de janeiro de 1944, com sede e foro na cidade de Brasília – Distrito Federal, é uma associação sem fins lucrativos, voltada para a assistência social na modalidade de Autogestão, tendo como objetivo: “terá a CAIXA por finalidade conceder auxílios, dentro das limitações estabelecidas neste Estatuto, para as despesas com intervenções cirúrgicas, internações ou doenças graves dos associados ou suas esposas, filhos menores ou inválidos, filhas solteiras, pais ou parentes que vivam sobre sua dependência econômica” Art. 3º.

Desde aquela época já era previsto que os associados poderiam ser funcionários e/ou aposentados do Banco do Brasil (Art. 22º).

Chama a nossa atenção, a concepção visionária dos seus fundadores quando preveem que a CASSI poderia servir de exemplo para o País, conforme descrito no Art. 6º:

“Não obstante estarmos na fase inicial do funcionamento da Caixa de Assistência, não é demais lançar vistas ao futuro e ver que a nossa instituição, por meio da cooperação, boa vontade e dedicação dos seus associados, e pelo aumento do número destes, poderá tornar-se um exemplo em nosso País, do que pode a associação e a colaboração no campo da assistência social. E o funcionalismo de nosso Instituto, por seu nível de educação e cultura, pode dar este exemplo”. (Estatuto 1944).

Esta concepção visionária se consolidada permanentemente com a multiplicidade de prêmios obtidos pelo Banco do Brasil, dentre os quais destacamos: “TOP10 das corporações mais Sustentáveis no mundo”, obtido em janeiro de 2019, durante o Fórum Econômico Mundial

¹⁷ Todos os Estatutos da CASSI, disponível:

https://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=308&Itemid=425

em Davos, na Suíça: primeiro lugar no segmento financeiro, em escala global, sendo a única firma financeira da América Latina participante do índice; oitavo lugar no ranking geral.

Certamente, a obtenção deste destaque mundial sobre a aplicação das melhores práticas de governança corporativa, gestão de fornecedores, capacidade de inovação e receita obtida de produtos e serviços com benefícios sociais ambientais, contou com um ingrediente indispensável: comprometimento dos seus funcionários. Afinal, as firmas, ainda não são geridas por máquinas; elas são geridas por seres humanos, cuja saúde é um dos bens mais preciosos.

Ainda constava neste Estatuto que o BB decidiu, de forma espontânea, efetuar contribuições mensais no montante de Cr\$ 50.000,00 (cinquenta mil cruzeiros), à época. Como contrapartida, poderia auditar, a qualquer tempo, as contas da CASSI. Além disto, consta no Art. 37º “em caso de extinção da CASSI, será o saldo transferido para o Fundo de Beneficência dos funcionários do Banco do Brasil”.

As contribuições dos associados eram determinadas pelas faixas salariais e, conseqüentemente, o valor máximo de auxílios correspondente. As tabelas (contribuições e auxílios) eram atualizadas em função dos reajustes salariais.

Até a reforma de 1970, a gestão da CASSI era efetuada exclusivamente pelos associados eleitos em assembleias ordinárias específicas realizadas anualmente. Nesta oportunidade, eram proclamados os eleitos para cada um dos dois conselhos distintos: Administração e Fiscal. Cada um destes conselhos era formado por três membros efetivos e três suplentes, os quais não poderiam ser parentes entre si até o 3º grau dentro do mesmo conselho. Apesar de admitida a formação de “chapas”, a votação era nominal, sendo eleitos aqueles que obtivessem a maior quantidade de votos individualmente por ordem decrescente entre os seis mais votados. Os três mais votados seriam os titulares, os outros 3 seriam os suplentes. A renovação dos eleitos era efetuada anualmente na proporção de 1/3 de cada conselho; oportunidade em que eram eleitos os presidentes do próximo mandato anual.

Com a reforma estatutária de 1970, o BB passa a integrar a CASSI para prestar os serviços de assistência social aos Empregados do Banco do Brasil. Para tanto, assume a direção da CASSI, mediante a nomeação do Presidente e o Diretor Executivo, cabendo aos Empregados a eleição de outros 2 diretores que não tinham qualquer função executiva na CASSI. O Conselho Fiscal era composto de 3 efetivos e 3 suplentes, sendo 2 Titulares e 2 suplentes eleitos e o BB nomeava 1 Conselheiro Fiscal efetivo e suplente, adquirindo o poder de

“intervenção” e afastamento de diretores quando houvesse suspeita de dolo. Os representantes da CASSI fora da Sede (Rio de Janeiro) eram os administradores das agências do BB.

Também em 1970 foi instituída a SOLIDARIEDADE, ou seja: todos os empregados (ativos, aposentados e pensionistas) contribuem com o mesmo percentual de 1% (um por cento) dos proventos (salários) gerais, exceto sobre o 13º salário, para uso igualitário por todos; independentemente da categoria e/ou dos serviços prestados pela CASSI. Como contrapartida, igual percentual (1%) de contribuição para o BB.

Operacionalmente, a CASSI orientou-se no sentido do credenciamento de médicos e serviços estendendo o atendimento também ao interior. O Estatuto, mantém o artigo 37º (1944) reescrito como Art. 54 “Em caso de extinção da CASSI, o patrimônio remanescente será entregue ao BB que os aplicará na assistência aos Empregados do seu quadro”. (Estatuto de 1970)

1973, o Banco do Brasil (BB), torna obrigatória a filiação de todos os Empregados à CASSI, inclusive como condição para admissão (posse) nos quadros de Empregados. Igualmente, define que o BB ficaria obrigado a manter a assistência médico hospitalar para os ex-empregados (aposentados, pensionistas e dependentes legais destes), caracterizando tal obrigação como Benefício Definido (BD)¹⁸.

1974, nova reforma estatutária, institui que o BB irá contribuir com o dobro das contribuições dos Empregados; ou seja: Banco 2% e Empregados 1%. Além da Diretoria Executiva, o BB passou a nomear um Consultor Médico para assessorar à Diretoria. (Estatuto 1974)

1989 – Nova reforma estatutária redefine os papéis da Diretoria: Presidente e Diretor Administrativo e financeiro nomeados pela BB; Diretor de Auxílios eleito pelos Empregados. O outro diretor eleito pelos Empregados participa das deliberações, porém não tem qualquer função executiva na Diretoria. Mantém, a Consultoria Técnica Médica, cuja nomeação permanece a cargo do BB. (Estatuto de 1989).

¹⁸ Benefício Definido (BD) é uma obrigação de responsabilidade da Entidade Patrocinadora (empregadora), mediante acordos formais ou informais, nos quais a entidade se compromete a proporcionar benefícios pós-emprego, a um ou mais empregados, após a conclusão do período de emprego (pensões, seguro de vida, gastos com saúde). “*International Accounting Standards – Employee Benefits*” - IAS 19; replicada pela resolução BACEN 4.424 - CPC 33 (R1) e Deliberação CVM 695/2012.

5.2 –CASSI: Operadora de Autogestão de planos de saúde.

Em 29.09.1995 – O Banco do Brasil (BB), por intermédio do relatório de informações institucionais, denominado INF 802¹⁹, publicou a determinação do seu Conselho Diretor de criação de um Grupo de Trabalho GT) para extinção do CEASP e consequente criação da Operadora CASSI, modelo de autogestão, conforme transcrição abaixo:

“Constituição do GT – REFORMA ESTATUTÁRIA DA CASSI, composto pelos Empregados LUIZ FERNANDO BONFIM (Diretor Administrativo da PREVI); NELSON SHINABU SAKUMA (Assessor Jurídico da COJUR) e DERCIALCANTARA (Superintendente Estadual Adjunto – Porto Alegre), com prazo de 60 dias para elaboração do Estatuto e outros 60 dias para divulgação e aprovação. Com a decisão do BANCO de aprovar as medidas emergenciais propostas pela CASSI – conforme BIPEL (Boletim de Pessoal) nº 633 – a CASSI passa a ser a gestora única dos serviços de saúde do Banco do Brasil (BB). Para isso serão criadas Gerencias Regionais, subordinadas diretamente a CASSI Sede, com a função de administrar os serviços hoje distribuídos nos CESEC, CEASP e Agências. Com essas medidas a CASSI acompanhará mais de perto a utilização dos recursos e a qualidade dos serviços prestados. Entre outros benefícios, a regionalização possibilitará o desenvolvimento de parcerias com os prestadores de serviços e a implantação de políticas de saúde adaptadas as características regionais”. (transcrição do INF 802).

1996 – Cumprimento da determinação do Conselho Diretor do BB, mediante uma nova reforma estatutária na CASSI – agora já como entidade sem fins lucrativos -, criando a Operadora CASSI na modalidade de AUTOGESTÃO, cuja Governança passou a ser paritária entre o Banco do Brasil (50%) e Empregados Associados (50%) nos Conselhos Deliberativo, Fiscal e Diretoria Executiva, mantendo o BB o poder de veto e sucessor estatutário em caso de extinção/ liquidação da Operadora.

Nesta reforma, houve alteração dos percentuais de contribuição para manutenção da CASSI, a saber:

- Associado: 3% (aumento de 1% para 3%, ou seja 200%), equivalente a 40% do custeio;
- Patrocinador: 1,5 vezes a contribuição do Associado. Ou seja, elevação na prática foi de 2% para 4,5%; enfim, apenas 125%), equivalente a 60% do custeio.

¹⁹ <https://servicomedico.webnode.pt/bibliografia/>

Além da alteração descrita no parágrafo anterior, foi instituída a cobrança de coparticipação de 10% sobre o valor de cada consulta médica realizada pelos titulares e dependentes diretos.

Como compensação pela redução do reajuste percentual do BB (125% quando o correto seria 200%), coube a este assumir a diferença de custeio do grupamento classificado como dependentes econômicos indiretos (pais, irmãos etc.) de forma vitalícia para todos aqueles que estavam cadastrados até a reforma estatutária de 1996, não sendo permitido novos cadastramentos²⁰.

Mesmo com a criação da Operadora CASSI, foi mantido no Estatuto a responsabilidade do Banco do Brasil, Art. 54 (1970), reescrito como Art. 62 “Em caso de extinção da CASSI, o patrimônio remanescente será transferido para o Banco do Brasil S.A., que deve aplicá-lo na assistência aos seus Empregados da ativa e/ou aposentados, bem como aos beneficiários pensionistas que, na ocasião, estejam contribuindo conforme previsto no Art. 21”. (Estatuto 1996).

Em 2007, ocorreu mais uma alteração estatutária, basicamente, em relação a forma de financiamento (custeio) da CASSI (Plano de Saúde CASSI ASSOCIADOS); cuja sustentabilidade decorre de contribuições dos Mantenedores “travadas” nos seguintes percentuais fixos: Patrocinador (BB) passou a contribuir com 4,5%; e Associados com 3%; ambos sobre os proventos gerais, agora, extensivo também ao 13º salário; isto para todos os grupamentos de empregados e/ou ex-empregados (aposentados, pensionistas), ratificando o plano de saúde como Benefício Definido (Entidade patrocinadora se compromete a proporcionar benefícios pós-emprego, a um ou mais empregados, após a conclusão do período de emprego (pensões, seguro de vida, gastos com saúde).

Nesta reforma, também houve elevação das coparticipações para 30% nas consultas e 10% para exames realizados fora dos períodos de internação hospitalar, cuja contribuição adicional mensal, fica limitada a 1/24 avós do salário do Associado. Este Estatuto está vigente até a presente data.

2016 – Em função dos prejuízos obtidos pela CASSI a partir do ano de 2015, foi formalizado um “acordo provisório”, vigente até 31.12.2019, denominado de “Memorando de Entendimentos”, o qual elevou as contribuições dos Associados em 33% (de 3% para 4%) e

²⁰ Estatutos da CASSI - 1996, 2004 e 2005 - ficou definido que as contribuições do BANCO seriam de 1,5 vezes sobre o valor do Associado.

https://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=308&Itemid=425

uma contribuição em valores fixos mensais de R\$ 23 milhões por parte do Patrocinador (BB).

2018, houve a mudança do plano CASSI ASSOCIADOS, por iniciativa e deliberação do Conselho Deliberativo (CD) (5 x 3 votos), devido ao PATROCINADOR - com a adesão do Presidente do CD: único representante dos funcionários que votou favoravelmente -, impor a elevação dos percentuais das coparticipações, conforme decisão 193/2018, em 23.11.2018, cujos valores passaram a ser cobrados a partir de janeiro de 2019, a saber: elevação de 30% para 40% em consultas (pronto socorro ou hora marcada), em sessões de psicoterapia, acupuntura e visitas domiciliares; porém sem limitação de 1/24 avós.

Também foi determinado a elevação de 10% para 20% nos serviços auxiliares de diagnose e terapia, tais como fisioterapia, RPG, fonoaudiologia, terapia ocupacional e que não envolvam internações hospitalares; nestes caso, limitado ao limite de 1/24 avós, além das mensalidades mensais.

Uma nova decisão do CD - 065/2019, em 24.06.2019 -, decidiu por nova elevação dos percentuais, agora com até 50% de coparticipação; porém até o momento ainda não entrou em vigor.

Esta ingerência do Banco do Brasil (BB) na CASSI vai muito além da gestão administrativa e financeira, conforme descrito a seguir:

- Artigo 83 “Em caso de extinção da CASSI, o patrimônio remanescente será transferido para o Banco do Brasil S.A., que deve aplicá-lo na assistência aos seus Empregados da ativa e/ou aposentados, bem como aos beneficiários pensionistas que, na ocasião, estejam contribuindo conforme previsto no Art. 14, através de destinação à entidade de fins não econômicos”;
- Artigo 86 - “Qualquer reforma deste Estatuto somente pode ser realizada após anuência do Banco do Brasil S.A. e posterior consulta ao Corpo Social”.

Os artigos citados, na prática, asseguram ao BB o controle absoluto da CASSI, caracterizando-a como “partes relacionadas” (antiga subsidiária), conforme previsto no CMN/BACEN 4.636 - CPC 05; Deliberação CVM 642 e na IFRS - IAS 24, tornando irrefutável a sua responsabilização em relação a plenitude (controladora) da Gestão da CASSI, conforme o artigo 2º, parágrafo 2º, da CLT, com redação dada pela Lei 13.467/2017: “Sempre que uma ou mais firmas, tendo, embora, cada uma delas, personalidade jurídica

própria, estiverem sob a direção, controle ou administração de outra, ou ainda quando, mesmo guardando cada uma sua autonomia, integrem grupo econômico, serão responsáveis solidariamente pelas obrigações decorrentes da relação de emprego”. (Brasil, 2017)

Com relação aos Planos CASSI Família I e II, estes planos são enquadrados como plano de saúde coletivo sem patrocinador, mediante a adoção do sistema de pré-pagamento para as suas mensalidades, sem previsão de qualquer coparticipação. As coberturas de eventos indenizáveis (doenças, tratamentos e acomodações), seguem o rol de procedimentos acolhidos/aceitos/homologados pela ANS.

Os custos dos Planos CASSI Família são individualizados por usuários, de acordo com a faixa etária, cujos reajustes anuais são homologados pela ANS com base no indexador IESS-VCMH²¹ que leva em conta o aumento no uso dos serviços pelos participantes o valor pago aos credenciados pela prestação desses serviços (inflação saúde) e a projeção de custos assistenciais para os próximos 12 meses. O indexador oficial, utilizado pela ANS para reajuste dos custos médicos, denominado FIPE SAÚDE, somente é utilizado para reajuste de planos individuais.

A avaliação financeira efetuada pela ANS é por operadora; portanto, a análise comparativa da CASSI com as demais Autogestão, serão efetuadas pelo somatório dos dados dos planos CASSI Associados e CASSI Família I e II.

5.3 - CASSI e Operadora CASSI: estrutura administrativa

A estrutura administrativa da CASSI, também é responsável pela gestão da OPERADORA CASSI, do Plano de saúde dos funcionários do Banco do Brasil – Plano CASSI ASSOCIADOS; além de administrar os Planos de saúde coletivo sem patrocinador, destinado à participação dos familiares dos Empregados associados até o 4º grau; tais planos são denominados de CASSI Família I e II.

Conselho Deliberativo: 16 membros (8 membros efetivos e 8 suplentes); destes 8 membros (efetivos e suplentes) são eleitos pelos Empregados e 8 membros (efetivos e suplentes) são indicados pelo BB. Os mandatos são renovados a cada 2 anos de 50% de cada grupamento.

²¹ A variação de custos médico-hospitalares (IESS-VCMH) é composta principalmente pela variação dos custos de internações (maior peso no índice, 61%), exames complementares (12%), consultas (9%), terapias (11%) e outros serviços ambulatoriais - OSA (6%).
<https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH.pdf>

Os nomeados pelo BB, independente da instância deliberativa, podem ser substituídos a qualquer tempo.

Conselho Fiscal: 12 membros (6 membros efetivos e 6 suplentes); destes 6 membros (efetivos e suplentes) são eleitos pelos Empregados e 6 membros (efetivos e suplentes) são indicados pelo BB. Os mandatos são renovados, alternadamente, a cada 2 anos: em um período renova-se 2 efetivos e 2 suplentes e no outro período; 1 efetivo e 1 suplente.

Diretoria Executiva: 4 membros; sendo 2 nomeados pelo BB (Presidente e Diretor administrativo e financeiro) e 2 eleitos pelos Empregados (Diretor de saúde e rede de atendimento; e Diretor de planos de saúde e relacionamento com clientes). Todos os mandatos são de 4 anos; para os eleitos, as eleições ocorrem, alternadamente a cada 2 anos.

5.4 - Enquadramento legal

5.4.1 – Sistema de saúde suplementar e Autogestão.

A Lei 9.656/1998 é o marco da reorganização e enquadramento do sistema de saúde suplementar: planos e seguros privados de saúde. Na sequência, com base na Lei 9.961/2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como finalidade a regulamentação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, independente de as firmas terem sido criadas anteriormente, como é o caso da CASSI, cuja criação ocorreu no ano de 1944. (Brasil, 1998)

Assim, a ANS - RN 137/2006 (Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar), mantém o enquadramento regulamentar da CASSI como uma firma de AUTOGESTÃO.

Além disto, a CASSI ainda se obriga a cumprir a todas as demais normas e regulamentos de caráter geral determinadas pela ANS, dentre as quais destacamos: RN 307/2012 (Dispõe sobre Adequação Financeira); RN 316/2012 (Dispõe sobre regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde); RN 322/2013 (Dispõe sobre Plano de Contas Padrão para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde); RN 372/2015 (Dispõe sobre a celebração do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta – TCAC); RN 388/2015 (Dispõe sobre estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias;); RN 400/2016 (Dispõe sobre parâmetros e procedimentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos privados de assistência à

saúde e de monitoramento estratégico do mercado); RN 401/2016 (Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde); RN 435/2018 (Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e sobre obrigatoriedade de troca de informações financeiras eletronicamente dentro de padrões pré-estabelecidos); RN 443/2019 (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 planos de assistência à saúde). (Brasil,...).

5.4.2 – CASSI e os planos CASSI FAMILIA I e II

Os planos CASSI Família I e II, apesar de administrados por uma firma de Autogestão devido à restrição de só poder ser comercializado junto a parentes até 4º grau dos Associados da CASSI, são enquadrados como de livre comercialização pela Lei 9.656/98. A diferença entre os planos I e II decorre do fato de o CASSI Família I ter sido lançado antes da Lei 9.656/98 cujas coberturas obrigatórias são superiores às estabelecidas pela referida Lei; como não pode reduzir benefícios, a opção foi fechar o referido Plano, e lançar o Família II. (Brasil, 1998)

As formas e modelo de reajuste e cobertura de assistência médica hospitalar segue os mesmos padrões de um plano de mercado: sistema de pré-pagamento, ou seja, não admite coparticipação para realização de nenhum procedimento assistencial ou hospitalar; reajuste anual; reajuste por faixa etária; rol de procedimentos médicos hospitalares obrigatórios, bem como definição de prazo de carência inicial; definição de quantidade de procedimentos preestabelecido; conforme determinação da ANS.

Os planos CASSI FAMILIA I e II não são enquadrados como benefício a empregados.

5.4.3 – Plano CASSI ASSOCIADOS – Benefício Definido (BD)

Devido a crescente internacionalização da economia mundial, com firmas atuando em diversos países (multinacionais) foi sendo observado ao longo do tempo a necessidade de padronização de normas contábeis que pudessem ser mundialmente aceitas.

O principal objetivo da padronização das demonstrações financeiras é obter informações confiáveis (compreensibilidade, relevância, comparabilidade) sobre as demonstrações financeiras (balanço patrimonial, demonstrações de resultados, demonstrações de fluxos de caixa, informações por segmento de negócios e notas técnicas/explicativas) das firmas e/ou grupo de firmas das quais façam parte.

Assim, os benefícios a empregados passaram a ser reconhecidos, mensurados e contabilizados seguindo o padrão das normas internacionais de contabilidade (*International Financial Reporting Standards, IFRS*) como forma de unificar os mesmos procedimentos para todas firmas de todos os procedimentos contábeis que impactam as análises sobre o valor das firmas.

No Brasil, houve o reconhecimento da obrigatoriedade de uso das normas internacionais de contabilidade de acordo com a Lei 11.638/2007, a qual obriga as firmas constituídas de acordo com a Lei 6.404/1976 (firma de capital aberto, sociedades anônimas) reguladas pela Comissão de Valores Mobiliários – CVM, criada pela Lei 6.385/1976. Além disto, todas as firmas financeiras, independentemente de serem de capital aberto, às quais são reguladas pelo Banco Central do Brasil - BACEN. (Brasil, 1976 e 2007)

A norma internacional que trata de forma específica sobre os “benefícios a empregados” é a *International Accounting Standards IAS – 19 (Employee Benefits)*, correspondendo, no Brasil, a atual Deliberação CVM 695/2012 e BACEN 4.424 CPC 33 (R1).

5.4.4 – Enquadramento legal da CASSI como “Parte Relacionada” do Banco do Brasil

Desde 1970, a CASSI passou a integrar a estrutura administrativa do BB e - apesar de em 1996 o Conselho Diretor do Banco do Brasil ter determinado o desmembramento da CASSI da sua estrutura interna, com conseqüente autonomia contábil, enquanto firma independente (associação sem fins lucrativos) além de autorizar a assumir a função de Operadora de outros planos -, não houve a perda das principais características de uma firma enquadrada como “parte relacionada”.

Esta constatação é reforçada pela Lei 11.638/2007, pelas normas da CVM 642 e BACEN – CPC 05; afinal, os “Comunicado a Mercado - Fatos Relevantes” emitidos pelo BB em relação à CASSI; são reconhecimentos públicos irrefutáveis desta condição. (Brasil, 2007).

5.4.4.1 – Plano CASSI ASSOCIADOS – “Parte Relacionada” – Benefício Definido (BD) (obrigação da Entidade Patrocinadora de fornecer assistência pós-emprego).

Esta condição obriga o Banco do Brasil (BB) a efetuar o enquadramento na norma internacional específica sobre “partes relacionadas”: *International Accounting Standards IAS – 24 (Related Party Disclosures)*. No Brasil, a referida norma está regulamentada pela Deliberação CVM 642/2010 e BACEN 4.636 CPC 05, item 9.

5.4.4.2 – Operadora CASSI como “Parte Relacionada” do Banco do Brasil - BB

O BB participa de forma direta da gestão da CASSI, mediante a nomeação de 50% de todos os cargos diretivos (Conselho Deliberativo, Conselho Fiscal e Diretoria Executiva: Presidente e Diretor Financeiro) da gestão a CASSI, reforçada pelos artigos:

Art. 83 – “Em caso de extinção da CASSI, o patrimônio remanescente será transferido para o Banco do Brasil S.A., que deve aplicá-lo na assistência a seus funcionários do ativa e/ou aposentados, bem como aos beneficiários pensionistas que, na ocasião, estejam contribuindo conforme previsto no Art. 14, através de destinação a entidade de fins não econômicos”;

Art. 86, “Qualquer reforma deste Estatuto somente pode ser realizada após anuência do Banco do Brasil S.A., e posterior consulta ao Corpo Social”.

Essa interferência direta instrui que o Banco do Brasil (BB) – de fato e direito – acaba por caracterizar a CASSI como “parte relacionada” (antiga subsidiária), conforme previsto na Lei 6.404/76; pelo CMN/BACEN 4.636 - CPC 05; pela CVM 642 e pela IFRS - IAS 24; quando se acrescenta os artigos 83º e 86º torna o BB como “controlador” da CASSI e, conseqüentemente, tem responsabilização integral sobre a Gestão da CASSI.

Paralelamente, conforme o artigo 2º, parágrafo 2º, da CLT, com redação dada pela Lei 13.467/2017: “Sempre que uma ou mais firmas, tendo, embora, cada uma delas, personalidade jurídica própria, estiverem sob a direção, controle ou administração de outra, ou ainda quando, mesmo guardando cada uma sua autonomia, integrem grupo econômico, serão responsáveis solidariamente pelas obrigações decorrentes da relação de emprego”. (Brasil, 2017)

Tudo isto fica reforçado com a Lei 6.404/76 (lei das S.A.), considera-se: (Brasil, 1976)

"Art. 243:

§ 2º Considera-se controlada a sociedade na qual a controladora, diretamente ou através de outras controladas, é titular de direitos de sócios que lhe assegurem, de modo permanente, preponderância nas deliberações sociais e o poder de eleger a maioria dos administradores;

§ 4º Considera-se que há influência significativa quando a investidora detém ou exerce o poder de participar nas decisões das políticas financeira ou operacional da investida, sem controlá-la.

§ 5º É presumida influência significativa quando a investidora for titular de 20% (vinte por cento) ou mais do capital votante da investida, sem controlá-la”.

Destaque-se que a sociedade controlada deve possuir autonomia de objetivos e seus administradores devem exercer as atribuições que a lei e o estatuto lhes conferem, para lograr os fins e no interesse da companhia, satisfeitas, apenas, as exigências do bem público e da função social da firma, conforme prevê o art. 154 da Lei 6.404/76; vedando aos administradores agirem em defesa de quem os indicou, conforme descrito no “§ 1º O administrador eleito por grupo ou classe de acionistas tem, para com a companhia, os mesmos deveres que os demais, não podendo, ainda que para defesa do interesse dos que o elegeram, faltar a esses deveres”.

No entanto, dentro da análise do grupo de sociedades pode haver o sacrifício da sociedade controlada para atender às conveniências comuns do grupo. A autonomia de gestão dá lugar à coordenação ou subordinação dos administradores, de acordo com o estabelecido na convenção, nos termos do art. 266 da Lei 6.404/76.

Ainda, segundo a Lei 6.404/76, há que se destacar:

“Art. 116. Entende-se por acionista controlador a pessoa, natural ou jurídica, ou o grupo de pessoas vinculadas por acordo de voto, ou sob controle comum, que:

- a) é titular de direitos de sócio que lhe assegurem, de modo permanente, a maioria dos votos nas deliberações da assembleia-geral e o poder de eleger a maioria dos administradores da companhia; e
- b) usa efetivamente seu poder para dirigir as atividades sociais e orientar o funcionamento dos órgãos da companhia.

Parágrafo único. O acionista controlador deve usar o poder com o fim de fazer a companhia realizar o seu objeto e cumprir sua função social, e tem deveres e responsabilidades para com os demais acionistas da firma, os que nela trabalham e para com a comunidade em que atua, cujos direitos e interesses deve lealmente respeitar e atender”.

Obviamente, a alínea “b” anula a obrigatoriedade do contido na alínea “a” do poder de eleger a maioria dos administradores.

Para reforçar a responsabilidade da firma controladora, o Art. 117 enumera as modalidades de exercício abusivo de poder, dentre as quais, transcrevemos:

“b) promover a liquidação de companhia próspera, ou a transformação, incorporação, fusão ou cisão da companhia, com o fim de obter, para si ou para outrem, vantagem indevida, em prejuízo dos demais acionistas, dos que trabalham na firma ou dos investidores em valores mobiliários emitidos pela companhia;

c) promover alteração estatutária, emissão de valores mobiliários ou adoção de políticas ou decisões que não tenham por fim o interesse da companhia e visem a causar prejuízo a acionistas minoritários, aos que trabalham na firma ou aos investidores em valores mobiliários emitidos pela companhia”.

Portanto, para os efeitos dos Arts. 116 e 117, a sociedade controladora equivale ao acionista controlador. Assim, há que se ressaltar o contido no art. 246.que sujeita a sociedade controladora a indenizar as perdas e danos que eventualmente surjam do descumprimento de tais deveres.

O reconhecimento do BB de que a CASSI está enquadrada como “parte relacionada” pode ser comprovada no Relatório de Administração do Banco do Brasil (BB) tanto na listagem dos ativos/passivos que compõem os indicadores de índice de Basileia, bem como na Nota Técnica que esclarece sobre “benefícios a empregados”. Como se não bastasse, podemos conferir os comunicados de “FATO RELEVANTE”²² emitidos pela BB diretamente à CVM, entre as quais listamos por ordem decrescente:

27.05.2019 - O Banco do Brasil S.A. (BB), em complemento ao Comunicado ao Mercado, de 08/05/2019, informa que a proposta de reforma estatutária da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) submetida aos seus associados não foi aprovada no processo de votação realizado entre 17/05/2019 e 27/05/2019.

Em 08.05.2019, foi informado: “Se aprovado, é prevista despesa adicional na ordem de até R\$ 586 milhões em 2019. O aumento estimado das despesas não altera as projeções (*Guidance*) divulgadas para 2019 e não impacta o passivo atuarial, calculado de acordo com a Deliberação CVM 695”.

Em 01/2018 – O BB reconheceu publicamente, perante à CVM que a CASSI integra a relação das suas firmas “partes relacionadas”; conforme figura a seguir:

²² FATO RELEVANTE - para os efeitos da Instrução CVM 358/2012, qualquer decisão de acionista controlador, deliberação da assembleia geral ou dos órgãos de administração da companhia aberta.
<https://ri.bb.com.br/publicacoes-e-comunicados/fatos-relevantes-comunicados-e-avisos/>

BANCO DO BRASIL S.A.	
COMUNICAÇÃO SOBRE TRANSAÇÕES ENTRE PARTES RELACIONADAS	
Em conformidade com o disposto no Anexo 30-XXXIII da Instrução CVM 480, de 09.12.2009, o Banco do Brasil S.A. ("BB") comunica a seguinte transação entre partes relacionadas:	
Partes	BB e a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil ("Cassi").
Relação com o BB	A Cassi administra, na modalidade de autogestão, o plano de saúde dos funcionários ativos, aposentados e seus dependentes.
Objeto e principais termos e condições	Adiantamento de contribuições patronais incidentes sobre a gratificação de natal (13º salário) correspondente ao período de 2018 a 2021, no valor de R\$ 323 milhões. A Diretoria Executiva da Cassi, com manifestação favorável do Conselho Deliberativo, solicitou adiantamento de contribuições patronais incidentes sobre a gratificação de natal (13º salário) a fim de recompor suas reservas líquidas até que medidas estruturantes na Entidade sejam implementadas no ano de 2018. Os representantes da Cassi não possuem participação na decisão do BB.
Justificativa pormenorizada das razões pelas quais a administração da Companhia considera que a transação observou condições comutativas ou prevê pagamento compensatório adequado	O BB é patrocinador do Plano de Associados administrado pela Cassi. Participam desse Plano os funcionários da ativa e aposentados do BB. Considerando que a transação teve como objetivo recompor reservas de liquidez do Plano de Associados para fazer frente a despesas assistenciais de saúde, não cabe a contratação com terceiros. A transação refere-se a adiantamento de contribuições patronais sobre a parcela do 13º Salário do período de 2018 a 2021, pagas no mês de novembro de cada ano. Portanto, o valor adiantado será descontado das obrigações futuras do BB com o Plano de Associados da Cassi. A sustentabilidade da operação decorre da manutenção da operação da Entidade patrocinada, garantindo a assistência à saúde de aproximadamente 408 mil beneficiários (ativos, aposentados e dependentes) até que as ações de estruturação da Cassi, apoiadas em trabalho realizado por empresa de consultoria externa, sejam implementadas. A transação não gera impacto significativo na condição de liquidez financeira e não altera o nível de endividamento do BB.
Eventual participação da contraparte, seus sócios ou administradores no processo de decisão da Companhia acerca da transação ou de negociação da transação como representantes da Companhia, observando essa participação	Não houve.

Brasília (DF), 05 de abril de 2018.

Figura 1 – Fonte: <https://ri.bb.com.br/publicacoes-e-comunicados/fatos-relevantes-comunicados-e-avisos/>

5.4.4.3 – PERSUASÃO do Patrocinador (Banco do Brasil) para migração do plano de saúde CASSI enquadrado como Benefício Definido para Contribuição Definida.

O Banco do Brasil em conjunto com os sindicatos, está buscando se valor de um casuísmo contido na norma (CVM 695, item 35) para promover a migração de Benefício Definido para Contribuição Definida, mediante alterações estatutárias que visam a renúncia, ou redução de direitos adquiridos, que fragilizam a manutenção do Benefício Definido e consequente migração do plano de saúde para Contribuição Definida (sem Patrocínio para aposentados e pensionistas).

- Em 2015, o Patrocinador (BB) promoveu uma série de rodadas de negociações com vistas a transferir o valor contabilizado de R\$ 5,6 bilhões como “passivo atuarial” para quitação desta obrigação perante os aposentados, no momento em que o cálculo deste passivo atingiu a mais baixa cotação em função de alteração das premissas de taxa interna de retorno (desconto para valor presente). Houve rejeição; proposta arquivada.

- Em 2018 e no primeiro semestre de 2019, o Patrocinador (BB), junto com várias entidades sindicais, apresentou uma proposta para sanear o déficit; mas, eleva a participação dos aposentados e retira o complemento em relação aos dependentes destes. Isto mediante forte campanha midiática que promovem instabilidade emocional, assédio moral visando que os empregados renunciem aos direitos adquiridos e aceitem alteração de cláusulas contratuais que fragilizam a manutenção do Benefício Definido; sem o correspondente seguro; conforme previsto nas normas internacionais.

A literatura sobre o comportamento dos investidores leva em consideração a responsabilidade social das organizações (*Corporate Social Responsibility – CSP*) para direcionar a aplicações de recursos, conforme descreve (Lourenço; Branco; Curto 2012), resumidamente, “investidores realmente fazem é penalizar grandes firmas lucrativas com baixo nível de CSP. Firmas com incentivos para desenvolver um alto nível de CSP que não se envolvam com essa estratégia são, portanto, penalizadas pelo mercado”

Neste sentido, o Banco do Brasil, obtém o reconhecimento internacional: - “TOP-10 das corporações mais Sustentáveis no mundo”, no Fórum Econômico Mundial em Davos, na Suíça (2019), e primeiro lugar no segmento financeiro, tendo como indicadores “aplicação das melhores práticas de governança corporativa, gestão de fornecedores, capacidade de inovação e receita obtida de produtos e serviços com benefícios sociais ambientais e boas práticas com seu funcionários”; e também escolhido para “integrar o Índice *Dow Jones* de Sustentabilidade (DJSI) da Bolsa de Valores de Nova York, nas carteiras *World* e *Emerging Markets*, por ser considerado benchmark mundial, no setor "bancos", nos temas Materialidade, Influência Política, Estratégia Fiscal, Política/Medidas de Prevenção ao Crime, Estabilidade Financeira e Risco Sistêmico, Relato Ambiental, Relato Social, Filantropia e Cidadania Corporativa, Saúde e Segurança Ocupacional e Inclusão Financeira; reconhecimento nacional pelo Ministério da Fazenda do Brasil: melhor firma nos últimos 4 anos²³.

Desde a criação da CASSI (27.01.1944; ou seja 75 anos), o Banco do Brasil contribui financeiramente com o Plano CASSI ASSOCIADOS, conforme consta nos Estatutos. Porém, em 1970 o BB incorporou a CASSI, mediante a assunção de 100% da sua administração. Em 1973, determinou que o plano de saúde CASSI ASSOCIADOS passasse a integrar, obrigatoriamente, o Contrato Individual de Trabalho, inclusive assegurando a

²³ <https://ri.bb.com.br/publicacoes-e-comunicados/fatos-relevantes-comunicados-e-avisos/>

continuidade da assistência médica hospitalar para aposentados e pensionistas (Benefício Definido).

Paralelamente, analisamos o comportamento do Banco SANTANDER ²⁴, adquirente do Banco do Estado de São Paulo (BANESPA), atual Patrocinador da CABESP; este também segue a tendência mundial de retirada (limpeza) dos passivos atuariais que impactam o Patrimônio Líquido, conforme seu Relatório de Administração de 2018 (Pág. 549-561): fez vários acordos com os empregados ativos para migração do Plano de Aposentadoria de Benefício Definido para Contribuição Definida, mediante indenização e contratação de seguro; certamente para atender às normas internacionais de contabilidade (IFRS).

Porém, em relação ao Plano CABESP, o Santander mantém o Patrocínio como Benefício Definido, cuja restrição para novas adesões é o prazo de carência no primeiro 1 ano; mas, mantém assegurado a continuidade para todos aqueles que se aposentarem. O Santander fez renegociação de contribuições para a CABESP em 2018, mantendo a participação de 50% dos custos; ficando os outros 50% como contribuição dos funcionários titulares (ativos, aposentados ou pensionistas) por grupo familiar: 4% (2018); 5% (2019) e 6% (2020) dos salários brutos. As coparticipações máximas são de 25%. Tudo isto, dentro do que o Santander chama de “política de bem-estar social”. Pelo que está escrito no Relatório do Santander e no Estatuto da CABESP, não são apresentados indícios de preocupação em relação ao “passivo atuarial” do Benefício Definido oriundo do plano de saúde da CABESP.

Enfim, analisando o comportamento do Banco do Brasil, percebe-se que ele vai de encontro as suas premiações internacionais e ao que diz (Timothy, Hall 2011) “o alinhamento com organizações sem fins lucrativos com objetivos de prosperidade, bem-estar social e proteção ambiental; é percebido como de bom senso comercial”.

²⁴https://www.santanderannualreport.com/2018/sites/default/files/notes_to_the_consolidated_annual_accounts.pdf

6- ANÁLISES E RESULTADOS

(Evolução histórica dos indicadores econômicos e financeiros (2010-2018); análise por categorias, subcategorias e confrontamos: tíquete médio, idade, inflação médica; Swot).

6.1 – CASSI: histórico dos indicadores econômicos e financeiros (2010-2018).

CASSI - RESUMO											
indicadores (categorias)	RENTABILIDADE					CAPITAL	OPERACIONAL			LIQUIDEZ	
Sub-categoria	ROA	ROE	MLB	MLL	EBIT	ENDIV	DM	DA	COMB	LG	LC
2010	0,13	0,19	0,11	0,10	0,11	0,33	0,89	0,11	0,99	2,86	2,17
2011	0,08	0,11	0,09	0,06	0,07	0,34	0,91	0,10	1,01	2,77	2,44
2012	-0,06	-0,10	0,00	0,04	-0,03	0,41	1,00	0,10	1,10	2,33	1,72
2013	-0,02	-0,03	0,04	-0,01	0,00	0,45	0,97	0,09	1,05	2,12	1,67
2014	-0,06	-0,12	0,01	-0,04	-0,02	0,50	0,99	0,09	1,08	1,90	1,81
2015	-0,14	-0,36	-0,02	-0,06	-0,05	0,61	1,04	0,09	1,11	1,54	1,15
2016	-0,09	-0,32	0,00	-0,04	-0,02	0,70	1,02	0,08	1,11	1,35	1,09
2017	-0,13	-0,74	0,00	-0,04	-0,03	0,82	1,02	0,07	1,09	1,14	0,81
2018	-0,26	-3,80	-0,02	-0,07	-0,07	1,07	1,10	0,07	1,17	0,87	0,57

Visualmente é perceptível a deterioração dos indicadores econômicos e financeiros, com exceção para despesas administrativas (DA), as quais não impedem os déficits.

6.2 – Os grupos de análise comparativa por categoria e subcategoria:

6.2.1 – Indicadores de Rentabilidade:

6.2.1.1 – ROA - Retorno sobre Ativos (divisão do resultado líquido sobre o ativo total).

CASSI - Análise comparativa											
Retorno sobre o Ativo - ROA											
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CABERGS	30.731-8	0,190	0,170	0,170	0,130	0,120	0,130	0,130	0,110	0,110	
CABESP	35233-1	0,070	0,030	0,090	0,030	0,080	-0,020	0,190	0,060	0,090	
BANESCAIXA	34.333-1	0,020	0,140	0,00	-0,080	0,190	0,140	-0,010	-0,110	0,060	
CASF	35.875-4	0,030	0,180	-0,210	0,050	-0,040	0,030	-0,330	-0,270	-0,660	
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,460	0,080	-0,130	-0,240	0,170	0,320	0,060	0,000	0,090	
BRB Saúde	41.431-0	0,030	-0,060	0,090	0,150	0,190	0,170	0,130	0,070	0,030	
ECONOMUS	34.261-1	0,030	0,070	0,030	-0,050	-0,030	0,030	-0,040	-0,110	-0,130	
CASSI (ANS)	34.665-9	0,130	0,080	-0,060	-0,020	-0,060	-0,140	-0,090	-0,130	-0,260	
Média		0,120	0,086	-0,003	-0,004	0,078	0,083	0,005	-0,048	-0,084	
	Quartis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	1 quartil	0,03	0,06	-0,10	-0,06	-0,03	0,02	-0,05	-0,12	-0,16	
	Mediana	0,05	0,08	0,03	0,01	0,10	0,08	0,03	-0,06	0,05	
	3 quartil	0,15	0,15	0,09	0,07	0,18	0,15	0,13	0,06	0,09	
	Intervalo Interquartil	0,12	0,09	0,19	0,13	0,21	0,13	0,18	0,18	0,25	

ROA da CASSI esteve muito próxima da média nos anos 2010 e 2011, descolando crescentemente negativa a partir de 2012. Em relação à mediana, os quartis e eventuais

Operadora de Autogestão em saúde: o “caso” CASSI

outliers: Em 2010, a ROA sai da posição de proximidade do 3º quartil para igualar-se a mediana já em 2011. A partir de 2012, passa a ser muito inferior ao primeiro quartil; porém, não chega a se caracterizar com outliers inferior. ROA é crescentemente negativa e financeiramente desfavorável em relação a quase todas as demais firmas analisadas.

6.2.1.2 - ROE - Retorno sobre o Patrimônio Líquido (divisão do resultado líquido sobre o patrimônio líquido).

CASSI - Análise comparativa										
Retorno sobre o Patrimônio Líquido - ROE										
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CABERGS	30.731-8	0,210	0,180	0,180	0,150	0,130	0,140	0,150	0,120	0,120
CABESP	35233-1	0,09	0,03	0,10	0,03	0,09	-0,02	0,19	0,06	0,09
BANESCAIXA	34.333-1	0,020	0,170	0,000	-0,110	0,230	0,180	-0,020	-0,170	0,100
CASF	35.875-4	0,100	0,290	-0,520	0,130	-0,110	0,080	-30,450	1,040	0,720
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,850	0,130	-0,250	-0,650	0,350	0,460	0,090	0,000	0,140
BRB Saúde	41.431-0	0,030	-0,060	0,100	0,160	0,200	0,190	0,140	0,070	0,040
ECONOMUS	34.261-1	0,040	0,100	0,040	-0,080	-0,040	0,050	-0,070	-0,210	-0,280
CASSI (ANS)	34.665-9	0,190	0,110	-0,100	-0,030	-0,120	-0,360	-0,320	-0,740	-3,800
Média		0,191	0,119	-0,056	-0,050	0,091	0,090	-3,786	0,021	-0,359
	Quartis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	1 quartil	0,04	0,08	-0,14	-0,09	-0,06	0,03	-0,13	-0,18	-0,04
	Mediana	0,10	0,12	0,02	0,00	0,11	0,11	0,04	0,03	0,10
	3 quartil	0,20	0,17	0,10	0,14	0,21	0,18	0,14	0,08	0,13
	Intervalo Interquartil	0,16	0,09	0,24	0,22	0,27	0,15	0,28	0,26	0,17

ROE da CASSI esteve muito próxima da média nos anos 2010 e 2011, descolando crescentemente negativa a partir de 2012. Em relação à mediana, os quartis e eventuais outliers: Em 2010, o ROE esteve próximo do 3º quartil para igualar-se a mediana já em 2011. A partir de 2012, passa a ser crescentemente negativo inferior ao primeiro quartil; 2015, 2017 e 2018, chega a ser um outliers inferior. Essa situação, indica crescente consumo de reservas, a partir de 2012, alcançando o “passivo a descoberto” em 2018.

6.2.1.3- MLB - Margem de Lucro Bruto (divisão do resultado bruto sobre as receitas das contraprestações).

CASSI - Análise comparativa										
Margem de Lucro Bruto - MLB										
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CABERGS	30.731-8	0,27	0,22	0,27	0,17	0,12	0,08	0,14	0,16	0,16
CABESP	35233-1	-0,51	-0,55	-0,63	0,45	-0,62	-0,36	-0,24	-0,88	-0,92
BANESCAIXA	34.333-1	0,10	0,18	0,09	0,00	0,18	0,13	0,03	-0,02	0,10
CASF	35.875-4	0,21	0,25	0,11	0,15	0,12	0,13	0,03	0,07	0,00
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,02	0,14	0,10	0,07	0,21	0,35	-0,01	0,00	0,12
BRB Saúde	41.431-0	-0,09	-0,09	0,07	0,31	0,36	0,30	0,24	0,15	0,09
ECONOMUS	34.261-1	0,01	0,08	0,04	-0,10	-0,11	-0,03	-0,13	-0,17	-0,21
CASSI (ANS)	34.665-9	0,11	0,09	0,00	0,04	0,01	-0,02	0,00	0,00	-0,02
Média		0,05	0,09	0,06	0,09	0,12	0,15	0,03	0,01	0,00
	Quartis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	1 quartil	-0,02	0,04	0,03	0,03	-0,02	-0,02	-0,04	-0,06	-0,07
	Mediana	0,06	0,12	0,08	0,11	0,12	0,11	0,02	0,00	0,05
	3 quartil	0,14	0,19	0,10	0,21	0,19	0,17	0,06	0,09	0,11
	Intervalo Interquartil	0,15	0,15	0,07	0,18	0,21	0,20	0,10	0,15	0,17

2010, MLB da CASSI é o dobro da média; a partir de 2011, crescentemente negativa. Em relação à mediana, os quartis e eventuais outliers: Em 2010, MLB é superior à mediana e

inferior ao terceiro quartil; 2011 passa a ficar inferior a mediana, mas superior ao primeiro quartil; 2012 passa a ficar próxima do primeiro quartil, oscilando entre igual ou um pouco inferior ao 1º quartil. CASSI está operando no limite das suas receitas; porém, já recorrendo à suplementação de reservas do Patrimônio Líquido.

6.2.1.4 - Margem EBIT - (Resultado líquido + Despesas financeiras + Tributos – Impostos diferidos, dividido por contraprestações)

CASSI - Análise comparativa										
MARGEM EBIT										
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CABERGS	30.731-9	0,37	0,37	0,40	0,33	0,29	0,35	0,37	0,32	0,36
CABESP	35233-1	2,10	0,98	2,00	1,69	4,17	2,27	4,62	2,15	3,46
BANESCAIXA	34.333-1	0,02	0,12	0,00	-0,06	0,14	0,11	-0,01	-0,07	0,04
CASF	35.875-4	0,02	0,06	-0,05	0,02	-0,01	0,01	-0,08	-0,04	-0,11
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,63	0,11	-0,14	-0,20	0,16	0,33	0,07	0,00	0,09
BRB Saúde	41.431-0	0,09	-0,14	0,15	0,25	0,35	0,36	0,30	0,17	0,06
ECONOMUS	34.261-1	0,09	0,19	0,08	-0,06	0,03	0,13	-0,06	-0,17	-0,14
CASSI (ANS)	34.665-9	0,11	0,07	-0,03	0,00	-0,02	-0,05	-0,02	-0,03	-0,07
Média		0,43	0,22	0,30	0,25	0,64	0,44	0,65	0,29	0,46
	Quartis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	1 quartil	0,07	0,07	-0,04	-0,06	0,02	0,09	-0,03	-0,05	-0,08
	Mediana	0,10	0,12	0,04	0,01	0,15	0,23	0,03	-0,02	0,05
	3 quartil	0,44	0,24	0,21	0,27	0,31	0,35	0,32	0,21	0,16
	Intervalo Interquartil	0,36	0,17	0,25	0,33	0,29	0,27	0,35	0,26	0,24

Margem EBIT da CASSI em 2010 e 2011 foi superavitária; porém abaixo da média. A partir de 2014 operacionalmente deficitária. Em relação à mediana, os quartis e eventuais outliers: Em 2010, o EBIT está na mediana; 2011 fica igual ao primeiro quartil mantendo-se até 2018. do a ficar próxima do primeiro quartil, oscilando entre igual ou um pouco inferior ao 1º quartil. CASSI está operando no limite das suas receitas; já recorrendo à suplementação de reservas do Patrimônio Líquido. Os resultados deficitários da CASSI são consequência de custos operacionais, muito superior às receitas.

6.2.2 – Indicador de Capital

6.2.2.1 – ENDIV – Endividamento (Passivo circulante + Exigível longo prazo, dividido pelo ativo total).

CASSI - Análise comparativa											
ENDIVIDAMENTO											
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CABERGS	30.731-9	0,10	0,09	0,08	0,08	0,08	0,07	0,08	0,07	0,07	
CABESP	35233-1	0,14	0,17	0,15	0,14	0,15	0,15	0,01	0,01	-	
BANESCAIXA	34.333-1	0,21	0,21	0,20	0,25	0,20	0,18	0,29	0,33	0,33	
CASF	35.875-4	0,67	0,36	0,59	0,59	0,64	0,04	0,98	1,26	1,92	
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,46	0,40	0,48	0,63	0,53	0,30	0,29	0,32	0,34	
BRB Saúde	41.431-0	0,06	0,07	0,08	0,08	0,07	0,07	0,09	0,09	0,09	
ECONOMUS	34.261-1	0,38	0,35	0,37	0,42	0,35	0,35	0,39	0,45	0,51	
CASSI (ANS)	34.665-9	0,33	0,34	0,41	0,45	0,50	0,61	0,70	0,82	1,07	
Média		0,29	0,25	0,30	0,33	0,32	0,22	0,35	0,42	0,54	
	Quartis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	1 quartil	0,13	0,15	0,13	0,13	0,13	0,07	0,09	0,09	0,09	
	Mediana	0,27	0,28	0,29	0,34	0,28	0,17	0,29	0,33	0,34	
	3 quartil	0,40	0,35	0,43	0,49	0,51	0,31	0,47	0,54	0,65	
	Intervalo Interquartil	0,27	0,20	0,30	0,36	0,38	0,24	0,38	0,46	0,57	

ENDIV crescentemente superior à média, até alcançar o dobro de 2015 a 2018. Em relação à mediana, os quartis e eventuais outliers: Em todo o período sempre superior à mediana; a partir de 2015 muito próximo do 3º quartil. CASSI está recorrendo a recursos extraordinários para honrar seus compromissos.

6.2.3 – Indicadores Operacionais

6.2.3.1 – Despesas médicas (DM) = Sinistralidade (despesas assistenciais, dividido por receitas de contraprestações)

CASSI - Análise comparativa											
SINISTRALIDADE											
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CABERGS	30.731-8	0,73	0,78	0,73	0,80	0,84	0,87	0,83	0,84	0,84	
CABESP	35233-1	1,51	1,55	1,63	1,72	1,79	1,88	2,12	1,87	1,90	
BANESCAIXA	34.333-1	0,90	0,82	0,91	0,98	0,81	0,84	0,94	1,01	0,88	
CASF	35.875-4	0,79	0,75	0,88	0,82	0,84	0,84	0,94	0,86	0,92	
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,99	0,87	0,90	1,09	0,91	0,91	0,98	1,08	0,90	
BRB Saúde	41.431-0	1,13	1,16	0,96	0,95	0,91	0,96	1,07	1,19	1,48	
ECONOMUS	34.261-1	0,99	0,92	0,96	0,99	1,09	1,03	1,11	1,15	1,17	
CASSI (ANS)	34.665-9	0,89	0,91	1,00	0,97	0,99	1,04	1,02	1,02	1,10	
Média		0,99	0,97	1,00	1,04	1,02	1,05	1,13	1,13	1,15	
	Quartis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	1 quartil	0,87	0,81	0,90	0,92	0,84	0,86	0,94	0,97	0,90	
	Mediana	0,95	0,89	0,94	0,98	0,91	0,94	1,00	1,05	1,01	
	3 quartil	1,03	0,98	0,97	1,02	1,02	1,03	1,08	1,16	1,25	
	Intervalo Interquartil	0,16	0,17	0,08	0,10	0,18	0,17	0,14	0,19	0,35	

DM (Sinistralidade) é uma pouco inferior à média da entre as operadoras selecionadas; impactada pelo outliers superior. Em relação à mediana, os quartis e eventuais outliers; a sinistralidade estava acima do 3º quartil até 2015, retornando para a mediana a partir de 2016. Sinaliza o descontrole em relação às despesas assistenciais.

6.2.3.2 – DA (Despesas Administrativas, dividido pelas contraprestações).

CASSI - Análise comparativa										
Despesas Administrativas										
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CABERGS	30.731-8	0,09	0,10	0,10	0,10	0,12	0,10	0,10	0,11	0,09
CABESP	35233-1	0,19	0,18	0,17	0,15	0,17	0,15	0,15	0,14	0,12
BANESCAIXA	34.333-1	0,12	0,12	0,12	0,11	0,11	0,10	0,14	0,11	0,10
CASF	35.875-4	0,19	0,18	0,17	0,15	0,17	0,15	0,15	0,14	0,12
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,30	0,26	0,27	0,21	0,12	0,20	0,17	0,15	0,13
BRB Saúde	41.431-0	0,25	0,26	0,21	0,19	0,17	0,15	0,20	0,18	0,18
ECONOMUS	34.261-1	0,09	0,08	0,10	0,10	0,10	0,07	0,09	0,10	0,09
CASSI (ANS)	34.665-9	0,11	0,10	0,10	0,09	0,09	0,09	0,08	0,07	0,07
Média		0,17	0,16	0,16	0,14	0,13	0,13	0,14	0,13	0,11
Quartis		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 quartil		0,11	0,10	0,10	0,10	0,11	0,10	0,10	0,11	0,09
Mediana		0,16	0,15	0,15	0,13	0,12	0,13	0,15	0,13	0,11
3 quartil		0,21	0,20	0,18	0,16	0,17	0,15	0,16	0,14	0,12
Intervalo Interquartil		0,10	0,10	0,08	0,06	0,06	0,05	0,06	0,04	0,03

Analisando, exclusivamente as DA (médias e medianas), a CASSI apresenta uma situação muito favorável em relação a todos as demais firmas analisadas. Não se configura com justificativa para o déficit.

6.2.3.3 – COMB (soma as despesas assistenciais (DM) + despesas administrativas (DA))

CASSI - Análise comparativa										
COMB (DM + DA)										
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CABERGS	30.731-8	0,82	0,88	0,84	0,90	0,96	0,98	0,94	0,96	0,94
CABESP	35233-1	1,74	2,38	1,96	2,34	2,68	2,63	3,17	2,01	2,00
BANESCAIXA	34.333-1	1,02	0,94	1,04	1,09	0,91	0,94	1,08	1,12	0,98
CASF	35.875-4	0,98	0,93	1,04	0,97	1,01	1,00	1,09	1,01	1,04
CAMED SAÚDE	38.569-7	1,29	1,13	1,17	1,30	1,04	1,12	1,15	1,24	1,03
BRB Saúde	41.431-0	0,38	1,42	1,17	1,14	1,08	1,11	1,27	1,37	1,67
ECONOMUS	34.261-1	1,08	0,99	1,06	1,09	1,19	1,11	1,21	1,25	1,27
CASSI (ANS)	34.665-9	0,99	1,01	1,10	1,05	1,08	1,11	1,11	1,09	1,17
Média		1,04	1,21	1,19	1,24	1,24	1,25	1,38	1,26	1,26
Quartis		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 quartil		0,94	0,94	1,05	1,03	1,00	1,00	1,09	1,07	1,02
Mediana		1,01	1,00	1,10	1,09	1,06	1,11	1,13	1,18	1,11
3 quartil		1,13	1,20	1,17	1,18	1,11	1,11	1,23	1,28	1,37
Intervalo Interquartil		0,19	0,27	0,12	0,15	0,11	0,12	0,14	0,21	0,35

Pelo índice COMB, pode-se concluir que os resultados deficitários da CASSI são fortemente impactados pela sinistralidade (despesas assistenciais); superiores às receitas de

contraprestações; cuja despesas administrativas, ainda que inferiores às demais, não são suficientes para ajustar ao valor das contraprestações.

6.2.4 – Indicadores de Liquidez

6.2.4.1 – LG - Liquidez Geral (ativo total dividido pelo passivo total).

CASSI - Análise comparativa										
Liquidez Geral - LG										
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CABERGS	30.731-8	9,80	11,32	11,75	12,77	11,83	12,47	12,16	13,17	14,00
CABESP	35.233-1	6,02	5,99	6,72	7,26	6,85	6,46	55,11	53,26	102,96
BANESCAIXA	34.333-1	4,65	4,86	4,91	3,98	5,04	5,15	3,24	2,89	2,91
CASF	35.875-4	1,27	2,46	1,51	1,53	1,40	1,41	0,92	0,70	0,46
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,99	1,11	1,06	0,98	1,36	2,57	2,77	2,55	2,77
BRB Saúde	41.431-0	17,47	14,98	13,28	12,56	13,32	13,71	10,44	10,11	10,65
ECONOMUS	34.261-1	2,66	2,87	2,72	2,40	2,83	2,80	2,55	2,20	1,92
CASSI (ANS)	34.665-9	2,86	2,77	2,33	2,12	1,90	1,54	1,35	1,14	0,87
Média		5,72	5,80	5,54	5,45	5,57	5,76	11,07	10,75	17,07
Quartis		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 quartil		2,31	2,69	2,13	1,97	1,78	2,31	2,25	1,94	1,66
Mediana		3,76	3,87	3,82	3,19	3,94	3,98	3,01	2,72	2,84
3 quartil		6,97	7,32	7,98	8,59	8,10	7,96	10,87	10,88	11,49
Intervalo Interquartil		4,65	4,63	5,85	6,61	6,32	5,65	8,62	8,94	9,83

CASSI tem, a metade da média da LG no período de 2010 a 2012, um terço entre 2013 e 2015 e, a partir de 2016, fortemente impactada pelo outliers superior, está muito inferior à média. Quando observamos a mediana, os quartis e eventuais outliers, fica caracteriza que a CASSI a partir de 2012 está próximo do 1º quartil e abaixo deste a partir de 2015 a 2018. a CASSI apresenta uma situação muito DESFAVORAVEL em relação a todos as demais firmas analisadas. LG da CASSI demonstra incapacidade (honra somente 87%) dos compromissos.

6.2.4.2 – LC - Liquidez Corrente (ativo circulante divide pelo passivo circulante)

CASSI - Análise comparativa										
Liquidez Corrente - LC										
NOME	ANS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CABERGS	30.731-8	9,33	10,95	11,71	12,34	10,85	11,51	12,85	12,56	13,59
CABESP	35233-1	74,45	83,32	85,15	58,37	59,79	51,11	59,03	55,62	112,85
BANESCAIXA	34.333-1	3,81	4,21	4,25	3,31	4,12	4,26	2,61	2,12	2,12
CASF	35.875-4	1,24	2,42	1,48	1,45	1,33	1,29	0,84	0,67	0,46
CAMED SAÚDE	38.569-7	0,53	1,76	1,49	1,16	1,82	2,64	2,84	2,51	3,27
BRB Saúde	41.431-0	17,47	15,07	13,54	13,26	9,84	10,99	8,58	7,95	7,88
ECONOMUS	34.261-1	1,91	5,38	2,44	1,08	2,25	2,35	2,70	1,38	7,08
CASSI (ANS)	34.665-9	2,17	2,44	1,72	1,67	1,81	1,15	1,09	0,81	0,57
Média		13,86	15,69	15,22	11,58	11,48	10,66	11,32	10,81	18,48
Quartis		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 quartil		1,58	3,32	1,97	1,31	2,04	2,50	2,66	1,57	2,70
Mediana		3,81	5,38	4,25	3,31	4,12	4,26	2,84	2,32	7,08
3 quartil		13,40	13,01	12,63	12,80	10,35	11,25	10,72	10,05	10,74
Intervalo Interquartil		11,83	9,70	10,66	11,50	8,31	8,76	8,06	8,48	8,04

Quando comparamos o percentual de idosos que compõem a carteira da CASSI em relação à mediana da ANS (13,9%); de todas as firmas do segmento de Autogestão (25,2%); média e mediana da entre as operadoras selecionadas 32,2% e 28,6% respectivamente, verifica-se que a percentual de 24,5% de idosos na carteira da CASSI é o segundo menor;

Quando comparamos com o índice de envelhecimento (percentual de idosos maiores de 59 anos em comparação com os jovens até 18 anos) que compõem a carteira da CASSI em relação à mediana da ANS (70,6%); de todas as firmas do segmento de Autogestão (162,1%); média e mediana da entre as operadoras selecionadas (356,3%) e (255,6%), respectivamente, verifica-se que o percentual de 160,9% do índice da carteira da CASSI é o segundo menor;

Quando comparamos com a idade média de todos os beneficiários que integram as carteiras da CASSI em relação à mediana da ANS (35,4); de todas as firmas do segmento de Autogestão (41,7); média e mediana da entre as operadoras selecionadas, respectivamente, verifica-se que a idade média da CASSI (41,4) é a segunda menor.

6.2.7 - Inflação médica

Índice de preços para efeito de reajuste dos planos de saúde, em relação aos índices oficiais IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo): ANS plano individual; VCMH planos coletivos.

ANS - Reajuste Anual		7,69%	7,93%	9,04%	9,65%	13,55%	13,57%	13,55%	10,00%	
ANS - reajuste Acumulado			16,23%	26,74%	38,97%	57,80%	79,21%	103,49%	123,84%	123,84%
VCMH - IESS		8,40%	14,20%	14,00%	18,20%	15,50%	19,00%	19,40%	16,90%	
VCMH Acumulado			23,79%	41,12%	66,81%	92,66%	129,27%	173,75%	220,01%	220,01%
IPCA		6,42%	5,67%	6,05%	6,96%	9,73%	6,97%	4,41%	2,68%	
IPCA Acumulado			12,45%	19,26%	27,56%	39,97%	49,73%	56,33%	60,52%	60,52%

6.2.7.1 – Impacto da “inflação médica” nos reajustes dos custos das prestações dos serviços à CASSI.

CASSI - ANO 2018 - INTERNAÇÃO	VALOR	QUANTIDADE	CUSTO MÉDIO
a) 2017	1.815.627.817,00	83.833	21.657,67
b) 2018	2.104.908.623,00	73.009	28.830,81
c) 2017 - VCMH 16%			25.122,90
d) 2017 - ANS 10%			23.823,44
e) diferença VCMH (b - c)			3.707,91
f) diferença ANS custo (b - d)			5.007,37
g) Descolamento - VCMH	3.707,91	73.009	270.710.801,19
h) Descolamento - ANS	5.007,37	73.009	365.583.076,33
CASSI - UNIDAS - 2017	QUANTIDADE	CUSTO MÉDIO	VALOR
a) 2017 - CASSI	83.833	21.657,67	1.815.627.817,00
b) 2017 - UNIDAS (média)	83.833	18.644,98	1.563.064.608,34
c) Descolamento da UNIDAS	83.833	3.012,69	252.563.209,36
SOMATÓRIO - VCMH 2018 +2017			523.274.010,55
SOMATÓRIO - ANS 2018 + 2017			618.146.285,69

No relatório de administração da CASSI de 2018, foi informado que o valor das internações hospitalares sofreu reajuste de 16% (reajuste VCMH), passando de R\$ 1,8 bilhões para R\$ 2,1 bilhões (Pág. 27); porém, devido a redução do número de internações de 12,96% (83.833 para 73.009) Pág. 11, efetuamos o recálculo do custo médio e aplicando o mesmo reajuste de 16%, este valor caiu de 28.830,81 para 25.122,90; ou seja, efetivamente o reajuste pago foi de 33%. Este descolamento, sinaliza para um prejuízo de 270,7 milhões. Na hipótese de a renegociação dos custos hospitalares tivesse sido efetuada de acordo com o reajuste da ANS (10%) – amparado na RN 156/2007 (menor custo, pois não visa lucro) -, esta diferença sobe para 365,6 milhões.

Esta situação é uma repetição do que ocorreu em 2017. Quando se compara o custo médio das internações da CASSI em relação ao custo médio da Associação de Autogestões (UNIDAS), Pág. 14; novamente, encontramos outro descolamento dos custos em desfavor da CASSI; agora na ordem de 252,6 milhões.

7 – CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES, LIMITAÇÕES; SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS.

A realização deste trabalho foi árdua e instigante. O tema é muito pertinente para a realidade brasileira; mas, não se encontra experiências em outros países (operadoras de autogestão) que pudessem servir de parâmetros e comparações.

A análise de indicadores econômicos e financeiros é habitual; quase um senso comum. No entanto, a análise comparativa entre várias firmas, especialmente do segmento de saúde, é exaustiva. Não há como ignorar a excessiva regulamentação por leis e normas específicas o que, de alguma forma, torna o processo burocrático quando se atem aos critérios e rigor metodológico da literatura encontrada.

7.1 - Hipóteses – Respostas às maiores causas do déficit da CASSI (2010 – 2018):

- Tíquete médio - foram reajustados em 167%; superior aos índices oficiais determinados pela ANS para os planos individuais (123,84%); muito maior em relação à inflação oficial (IPCA 60,52%), ficando abaixo apenas do reajuste do VCMH (220%). Isto permite que a CASSI permaneça como o 2º maior tíquete médio das operadoras selecionadas. Concluímos que o tíquete médio não é a principal causa dos déficits;

- “Envelhecimento” – analisamos o percentual de idosos da carteira, índice de envelhecimento e idade média dos beneficiários. A CASSI está classificada com o 2º mais baixo, entre as operadoras selecionadas. Fica provado que o envelhecimento dos beneficiários da CASSI não é a principal causa dos déficits;

- “Despesas Administrativas” – na análise, este item se apresenta como o menor, entre as operadoras selecionadas. Resta provado que o impacto – proporcionalmente – auxilia na redução, ao invés de elevar o déficit;

- “Inflação Médica” - a identificação de firmas que conseguiram reduzir os efeitos da propalada “inflação médica”, via renegociação de contratos, ao ponto de zerar este reajuste no ano de 2018. Enquanto isto, a CASSI aceita que o reajuste dos serviços contratados, sejam efetuados pela “inflação médica”, calculada com base no VCMH, ao invés de se valer do porte (maior operadora) para conter os reajustes nos níveis oficiais da ANS. Acatamos, parcialmente, a influência da “inflação médica” na geração dos déficits.

- Sinistralidade – está é a parte mais difícil e intrigante da análise. As firmas não disponibilizam a quantidade de procedimentos realizados; resta a análise de indicadores financeiros que medem a sinistralidade (DM). A sinistralidade da CASSI apesar de ser muito elevada (110% em 2018), está contida entre a mediana e o terceiro quartil.

Descartado integralmente o tíquete médio, envelhecimento e despesas administrativas como principais causas do déficit; passamos analisar “inflação médica” e sinistralidade” com outras informações, por exemplo, a prestação de contas (2018) de internações hospitalares; cujo consumo de recursos foi elevado de 50% para 58% das receitas totais.

Deparamo-nos com a informação que o valor total dos serviços foi reajustado em 16%; mas, ao mesmo tempo, houve redução da quantidade de internações em 12,96%. Refazendo os cálculos do custo médio por internação de 2018 e 2017, concluímos que o reajuste efetivo foi de 33%; ou seja, superior ao dobro do percentual informado. Isto reforça a tese de que a “inflação médica” pode estar sendo utilizada como justificativa para o descontrole dos custos que elevam a sinistralidade. Na CAMED SAÚDE²⁵, o reajuste dos custos foi de 0,32% (2018).

Concluimos: Sinistralidade é a maior causadora do déficit; porém, fortemente impactada pelo descontrole nos reajustes (iguais ou superiores ao VCMH) nos custos dos prestadores dos serviços. Aliado a tudo isto, o pagamento de “glosas assistenciais” - identificadas inicialmente como indevidas -, cujo pagamento ocorre de forma extemporânea (retroativa) com prazos - até superiores há 5 anos -, sinaliza elevado descontrole. (Figura 2, pág. 61)

No segmento de saúde, o forte apelo social e emocional abre espaço para o uso indiscriminado de clichês como ‘inflação médica’, “envelhecimento”, “valor do tíquete médio”, “despesas administrativas”, os quais, isoladamente ou em conjunto, servem como justificativas para os descontroles financeiros com reflexos duradouros no elevado grau de acobertamento dos fatos e ausência de responsabilização dos gestores pelas suas decisões..

Estas constatações, de certa forma, explicam uma das causas dos resultados obtidos com o diagnóstico dos aspectos econômicos e financeiros da CASSI: falta de conhecimento técnico, formação acadêmica compatível e experiência para gestão de firmas complexas e de faturamento tão robusto: 5 bilhões de reais, equivalente a 1,1 bilhões de euros.

²⁵ https://www.bnb.gov.br/documents/50268/3774318/df_Dezembro_2018_Internet/32a9f0be-91fa-70f9-a285-a01d077de20f - Página 19.

Ao escolher para análise comparativa as firmas de autogestão, cujos beneficiários têm o mesmo perfil profissiográfico, a intenção foi tornar o estudo mais homogêneo, evitando tergiversar para outras análises comparativas e divagações injustificadas.

A análise comparativa (benchmarking funcional) permite um diagnóstico mais preciso e desmistifica muitos dos clichês rompendo o ciclo vicioso de justificativas falaciosas. A busca pela sustentabilidade da CASSI deve superar todos estes obstáculos.

7.1.1 – Matriz SWOT – Interferência e Persuasão do BB

Nota-se que a responsabilidade social e corporativa do Controlador/ Patrocinador (Banco do Brasil) está descomprometida em relação a Controlada (CASSI) quando não utiliza toda a sua expertise de gestão para obtenção da sustentabilidade.

No âmbito internacional, o BB, obtém o reconhecimento de “TOP 10 das corporações mais Sustentáveis no mundo” (Davos, Suíça, 2019); passa a integrar o Índice *Dow Jones* de Sustentabilidade (DJSI) da Bolsa de Valores de Nova York, nas carteiras *World e Emerging Markets*, por ser considerado benchmark mundial, no setor "bancos"; ambos tendo como um dos indicadores analisáveis a questão da “saúde ocupacional e boas práticas com seus funcionários”.

No âmbito doméstico, o BB, age para descaracterizar a CASSI como uma das suas firmas controladas – da qual participa com 50% da gestão, é sucessora estatutária e tem controle absoluto sobre as alterações estatutárias -, deixa que a CASSI tenha sucessivos déficits entre 2010 a 2018, até atingir o patrimônio a descoberto. Como medida saneadora - em acordo com os sindicatos – propõe, em contrapartida, a renúncia/ redução de direitos adquiridos, fragilizando o instituto do Benefício Definido, integrante das cláusulas individuais do contrato de trabalho, desde 1973. Este comportamento do BB se apresenta como uma afronta às normas internacionais que prevê a indenização; contratação de seguro para quitação do Benefício Definido; assim fez o Banco Santander; internacionalmente.

Diante deste comportamento dúbio do Banco do Brasil (Patrocinador) em relação as suas responsabilidades corporativas para com a CASSI, fica a inferência se o estado de déficit financeiro da CASSI não seria fruto de uma ação articulada de negligência (publicidade de que existiam 8.000 empregados aposentados, cujas contribuições dos empregados e patrocinador sobre a parcela do INSS que não estavam sendo recolhidas ao longo de anos; empregados aposentados pelo BB/PREVI cadastrados como dependentes numa afronta ao

Estatuto; cerca de 10.000 ações judiciais sobre verbas salariais, sobre as quais não foram recolhidas as contribuições para a CASSI, entre tantas outras situações) para criar as condições objetivas de renegociação das cláusulas que sentenciam o enquadramento do plano de saúde CASSI ASSOCIADOS como Benefício Definido de sorte a promover, agora ou em seguida, a migração para Contribuição Definida sem a indenização e contratação do seguro, conforme previsto nas normas internacionais (IFRS-IAS 19; CVM 695 e BACEN CPC 33, item 111).

Comprovado este comportamento, fica caracterizado o contrassenso em relação a perspectiva pragmática, conforme descreve Schaltegger & outros (Pág.7; 2015), “a construção de pontes para gerar progresso real na sustentabilidade; gestão é a chave. Um nexos de mudança dentro da organização e uma ponte que precisa ser atravessada, se os modelos de negócios existentes devem se tornar mais sustentáveis, é a transformação do modelo de negócios. Outras pontes estão relacionadas ao ambiente de mercado direto da organização, à consideração de posições de mercado e a interação coevolucionária entre os modelos de negócios dos concorrentes em um mercado. Ainda outra ponte para a sociedade e o meio ambiente natural exige uma forte sustentação perspectiva de capacidade em consideração. Do ponto de vista teórico, o papel empreendedor precisa ser refletido à luz da criação de um modelo normativo de negócios, visando uma forte sustentabilidade e reconhecer a dinâmica do sistema e a incorporação social de todas as atividades comerciais”.

A CASSI detém 700.000 Beneficiários (maior de todas); portanto, a “JOIA DA COROA”, nesta mercantilização concorrencial que passou a ser o segmento de saúde suplementar.

Estará o Banco do Brasil disposto a perder o reconhecimento internacional de empresa TOP 10; exatamente por não aplicar as premissas de sustentabilidade, especialmente para assegurar “boas práticas em relação aos empregados” dentro de uma política de bem estar social; a qual, está sendo administrada por sua controlada: a CASSI ?

7.2 – Recomendações

Com relação a Responsabilidade Social e Corporativo do BB, a mediação - isenta e impessoal - do Ministério Público Federal do Trabalho e/ou do Tribunal Superior do Trabalho, se apresenta com a mais recomendável em relação às negociações em relação ao “Benefício Definido”. Afinal, espera-se que a proteção das leis, normas e regulamentos, sejam preservadas. Isto aumenta a transparência e confiança no processo de negociação para que, eventual migração do plano ou permanência no atual, seja efetuada de forma consciente,

preservando a individualidade de cada um dos empregados. A condição de adesão obrigatória ao plano de saúde consta no contrato individual de trabalho.

7.3 – Limitações do Estudo

As firmas sem fins lucrativos não são obrigadas a cumprirem as regras internacionais de contabilidade; muitas das informações foram obtidas nos relatórios de administração do Patrocinador (instituições financeiras obrigados a cumprir as normas internacionais).

Entre as Autogestões do segmento bancário, excluímos, devido a inconsistência cadastral ou dos indicadores econômicos e financeiros, disponibilizados pelo ANUARIO da ANS: Caixa de Assistência Médica dos Ex-empregados do Banco do Estado de Mato Grosso (BEMAT), Caixa de Assistência dos Empregados dos Sistemas Besc, Codesc, Badesc e Fusc (SIM); Fundação de Assistência e Previdência Social do BNDES (FAPES) e SAÚDE CAIXA, vinculada ao Recursos Humanos da Caixa Econômica Federal.

7.4 – Sugestões para investigações futuras

Este trabalho não se constitui, e nem poderia ser, um ponto de chegada; muito pelo contrário, é um ponto de partida para outros estudos e investigações, a exemplo de:

- Quais os impactos no cumprimento, ou não, da Lei 13.303/2016, Decreto 8945 e CGPAR 22/2018, em eventual “Profissionalização da Gestão” da CASSI em todas as áreas: administrativa, financeira e médico assistencial; especialmente, em decorrência da arrecadação aproximada de 5 bilhões de reais/ano, equivalente a 1,1 bilhão de euros ?
- Qual os motivos e efeitos da baixa adesão, acompanhamento e prestação de contas dos programas assistenciais, tipo: Assistência Integral à Saúde (1996); Estratégia de Saúde da Família – ESF (2002) na elevação da sinistralidade ?
- Qual o impacto das renegociações, ou falta delas, na gestão dos contratos de prestação de serviços pela rede credenciada; bem como a existência de instrumentos de controle, acompanhamento e prestação de contas ?
- Qual o impacto da adoção das normas internacionais de contabilidade por todas as firmas que utilizam recursos pulverizados (terceiros); que não tem fins lucrativos; que gozam de isenções fiscais; em especial, a CASSI ?

Ao final, esperamos que este estudo se constitua como um marco para a sistematização do processo investigatório dos resultados encontrados.

Porém, igualmente importante, seria, com este trabalho, poder reconduzir a CASSI para o cumprimento da política de bem estar social com oferecimento de assistência médica hospitalar, conforme idealizada por apenas cinco empregados; mas, obteve a imediata adesão de 3.500 dos 7.200 funcionários; isto há 75 anos.

No momento, com 700.000 vidas; sendo considerada a “Joia da Coroa” (objeto de desejo), por todos aqueles que participam da mercantilização da saúde suplementar brasileira, é chegado o momento de ressignificar os propósitos para assegurar a sustentabilidade e perpetuidade da CASSI:

- Oferecer a melhor resolubilidade em saúde com custos suportáveis para o Patrocinador; mas, igualmente suportáveis para os atuais e futuros empregados, inclusive aposentados e pensionistas.

A busca pela sustentabilidade da CASSI deve superar todos os obstáculos. A Profissionalização da Gestão da CASSI, com dirigentes selecionados tecnicamente pela formação, experiência e resultados comprovados não pode esperar; cujas respectivas atuações na Governança devem ser efetivamente amparadas em *Accountability*: transparência; responsabilidade; prestação de contas e ética.

8 – Lista de Referências Bibliográficas:

Andrezzi, M.F.S.; Kornis, GEM; **Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90**. Physis [online]. 2003, vol.13, n.1 [cited 2018-12-04], pp.157-191. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312003000100008>

Bahia, L; **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente**. Cad. Saúde Pública [online]. 2018, vol.34, n.7 [citado 2018-12-03], e00067218. Epub 06-Ago-2018.ISSN0102-311X.

<http://dx.doi.org/10.1590/0102311x00067218>

Bresser-Pereira, L.C. - A descoberta da inflação inercial. *Revista Econômica Contemporânea* [online]. 2010, vol.14, n.1 [cited 2019-10-19], pp.167-192. ISSN 1415-9848. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-98482010000100008>

Carrol, A. B. Three-dimensional conceptual model of corporate performance. *Academy of Management Review*, v. 4, p. 497-505, 1979. Published Online:1 Oct 1979
<https://doi.org/10.5465/amr.1979.4498296>

Chambers, R. and Conway, G. (1992) Sustainable Rural Livelihoods: Practical Concepts for the 21st Century, IDS Discussion Paper 296, *Sharing Global Knowledge for Global Change* Brighton: IDS <http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/775>

Hitt, M., Boyd, B. and Li, D. (2004), The State of Strategic Management Research and a Vision of The Future, Research Methodology in Strategy and Management (Research Methodology in Strategy and Management, Vol. 1), *Emerald Group Publishing Limited, Bingley*, pp. 1-31. [https://doi.org/10.1016/S1479-8387\(04\)01101-4](https://doi.org/10.1016/S1479-8387(04)01101-4)

Yin, Robert K.; **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 5ª. Ed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2015.

Lourenço, I.C., Branco, M.C., Curto, J.D. et al. J Bus; How Does the Market Value Corporate Sustainability Performance? *Journal of Business Ethics* July 2012, Volume 108, Issue 4, pp 417–428 <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1102-8>

March, J. G. Exploration & Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science*, 2, 1991, pp 71-87 Publication: *Organization Science* <https://doi.org/10.1287/orsc.2.1.71>

Mascarenhas, A.L.F. (2005), **Pregão Eletrônico - Impacto financeiro na redução dos preços de bens e serviços adquiridos pelo Município de Salvador**, Dissertação de Mestrado em Gestão Integrada das Organizações. Brasil, Salvador, Ba. UNEB.

Mascarenhas, A.L.F.& Ferreira, T.K.M. (2016), **Projeto de Recuperação, Manutenção, Sobrevivência e Perpetuidade da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil**. Brasil, Salvador – Ba. Biblioteca Nacional. Registro de Averbação nº 710.576

Mattos, C, (2012) - **Em que situações a agência reguladora deve intervir na venda de planos**, Instituto Braudel, São Paulo -SP, disponível on line: 07.09.2019
<http://www.brasil-economia-governo.org.br/2012/12/18/regulando-a-qualidade-do-servico/>

Miles,R. E; Snow, C. C.; Meyer, A, D; Coleman, H.J; Organizational strategy, structure and process. London: McGraw-Hill, 1978.Published Online:1 Jul 1978 *Academy of Management Review* Vol. 3, No. 3 <https://doi.org/10.5465/amr.1978.4305755>

Paim, J. (2016) – **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**, Salvador, BA Ed. UFBA; Rio de Janeiro RJ Ed. FIOCRUZ.

Paim, J. (2016) - Aula Aberta Fiocruz - **O maior desafio do SUS é político**, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Acesso: 21.11.2018
<https://www.icict.fiocruz.br/content/%E2%80%9Cco-maior-desafio-do-sus-%C3%A9-pol%C3%ADtico%E2%80%9D-afirma-jairnilson-paim-em-aula-aberta-na-fiocruz>

Pinto, L.F; Soranz, DR; - **Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2004 [cited 2019 Oct 19] ; 9(1): 85-98.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100009>

Schaltegger, S; Hanse, E, Ludeke-Freud, F; Business Models for Sustainability: Origins, Present Research, and Future Avenues; Organization & Environment, vol. 29, 1: pp. 3-10. , First Published September 16, 2015. *Sage Journals*

<https://doi.org/10.1177/1086026615599806>

Scheffer, M., Bahia, L; **Representação política e interesses particulares na saúde: A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**; Relatório de Pesquisa - 25/02/2015 – Abrasco, Disponível:

<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>

Sestelo, J.A.F; Souza, L.E.P.F; Bahia, L; **Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde**. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 May [cited 2019 Oct 22]; 29(5): 851-866.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>

Sestelo, J.A.F; Souza, L.E.P.F; Bahia, L; **Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010**. Saúde debate [online]. 2014, vol.38, n.102 [cited 2018-12-04], pp.607-623. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140056>

Timothy, F,S; Hall, T.J. - The Triple Bottom Line: What Is It and How Does It Work?, The IBR is a publication of the ***Indiana Business Research Center*** at IU's ***Kelley School of Business***, <https://www.ibrc.indiana.edu/ibr/2011/spring/article2.html>

Wijngaarden , J.D.H; Scholten G.R.M; Wijk KP; - Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis, Institute of Health Policy and Management, Erasmus MC/Erasmus University Rotterdam, The Netherlands, international journal of health planning and management Int J Health Plann Mgmt 2012; 27: 34–49. Published online 5 July 2010 in ***Wiley Online Library*** (wileyonlinelibrary.com) <https://doi.org/10.1002/hpm.1032>

ANEXOS:

1 – Lista de referenciais para complementação do estudo do “caso” CASSI.

- Devido à forte regulamentação do segmento de saúde suplementar no Brasil, houve a necessidade de analisar as Leis, Instruções Normativas, Resoluções, Deliberações, entre outras, para complementação do “estudo de caso”; muito além das referências bibliográficas.

1.1 – Leis, Instruções Normativas, Resoluções, Deliberações, acórdão, entre outros.

BRASIL. Constituição Federal (1988); Art. 196 a 200 – Sistema Único de Saúde – SUS, Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

_____. Lei n.º 5.764 (1971) – Dispõe sobre Cooperativa Médica e Odontológica; Brasília, DF. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15764.htm

_____. Lei 6404 (1976) – Dispõe sobre Sociedade por Ações, Brasília, DF, disponível. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16404compilada.htm

_____. Lei 6.385 (1976) – Dispõe sobre Comissão de Valores Mobiliários – CVM, Brasília, DF. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16404compilada.htm

_____. Lei 9.656 (1998) - Dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. Disponível http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm

_____. Lei 9.961 (2000) - Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Brasília, DF. Disponível http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9961.htm

_____. Lei 10.185 (2001) – Dispõe sobre Seguradoras de Planos de Saúde; Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10185.htm

_____. Lei 10.741 (2003) – Dispõe sobre Estatuto do Idoso; Brasília, DF, Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

_____. Lei 11.638 (2007) – Altera Lei das Sociedades Anônimas (6.404/76), determina adesão às normas internacionais de contabilidade. Brasília, DF. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111638.htm

_____. Lei 13.097 (2015) Art 142 – Abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde. Brasília, DF. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113097.htm

_____. 13.467 (2017) – Altera as Consolidações das Leis do Trabalho, Brasília (DF). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm

____. Tribunal de Contas da União – TCU; *Acórdão*: 679/2018-Plenário, Data da sessão: 28/3/2018, Relator: Ministro Benjamin Zymler TC: 021.852/2014-6

<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/reajuste-dos-planos-de-saude.htm>

____. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

<https://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>

____. Comissão de Valores Mobiliários – CVM – Deliberação.

CVM 642 – Partes Relacionadas

<http://www.cvm.gov.br/legislacao/deliberacoes/deli0600/deli642.html>

CVM 695 – Benefícios de Empregados

<http://www.cvm.gov.br/legislacao/deliberacoes/deli0600/deli695.html>

____. Banco Central do Brasil – BACEN – BACEN – Pronunciamentos

CPC 05 – Partes Relacionadas

<https://www3.bcb.gov.br/aplica/cosif/manual/0902177180ac075d.htm>

CPC 33 – Benefício a Empregados

[https://www3.bcb.gov.br/aplica/cosif/manual/0902177180ac0762.htm?fullName=9.%20Pronunciamento%20T%C3%A9cnico%20CPC%2033%20\(R1\)%20E2%80%93%20Benef%C3%ADcios%20a%20Empregados](https://www3.bcb.gov.br/aplica/cosif/manual/0902177180ac0762.htm?fullName=9.%20Pronunciamento%20T%C3%A9cnico%20CPC%2033%20(R1)%20E2%80%93%20Benef%C3%ADcios%20a%20Empregados)

(IFRS) – International Accounting Standards IAS – 19 (Employee Benefits)

<https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ias-19-employee-benefits/>

(IFRS) - International Accounting Standards IAS – 24 (Related Party Disclosures)

<https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ias-24-related-party-disclosures/>

1.2 – Links das empresas analisadas; patrocinadores e associação de autogestão

1.2.1 - CABESP

<https://www.cabesp.com.br/>

1.2.1.1 - SANTANDER (Patrocinador CABESP) - Nota técnica 25 – *Provision - Breakdown*

https://www.santanderannualreport.com/2018/sites/default/files/notes_to_the_consolidated_annual_accounts.pdf

1.2.2 - CABERGS - SAUDE

https://www.cabergs.org.br/a_cabergs.aspx

1.2.3 - BANESCAIXA

https://www.banestes.com.br/site/banescaixa_2008/index.htm

1.2.4 - CASF SAUDE

<http://www.casf.com.br/site/>

1.2.5 - SAUDE - BRB

<http://www.saudebrb.com.br/>

1.2.6 - CAMED SAÚDE (BNB).

<https://www.camed.com.br/PortalCamed/>

1.2.7 - ECONOMUS

<https://www.economus.com.br/>

1.2.8 - CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

<https://www.cassi.com.br/>

1.2.8.1 - Banco do Brasil (Patrocinador CASSI)

<https://ri.bb.com.br/>

1.2.9 - Relatório UNIDAS (2017-2018), acesso em 01.07.2019 disponível.

https://www.unidas.org.br/uploads/AF_Pesquisa_UNIDAS_web_180724.pdf