



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA, CONTABILIDADE E**  
**SECRETARIADO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E**  
**CONTROLADORIA**

**SÉRGIO DE MELO DUARTE**

**SUFICIÊNCIA DE ATIVOS GARANTIDORES E PROVISÕES TÉCNICAS EM**  
**OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2015**

**SÉRGIO DE MELO DUARTE**

**SUFICIÊNCIA DE ATIVOS GARANTIDORES E PROVISÕES TÉCNICAS EM  
OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Contabilidade e Controladoria

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Moreira Chagas Corrêa

**FORTALEZA**

**2015**

---

D812p

Duarte, Sérgio de Melo.

Suficiência de ativos garantidores e provisões técnicas em operadoras de plano de saúde / Sérgio de Melo Duarte. – 2015.

93 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado, Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, Fortaleza, 2015.

Orientação: Profa. Dra. Denise Maria Moreira Chagas Corrêa.

1. Operadora de plano de saúde. 2. Ativos garantidores. 3. Provisões técnicas. 4. Saúde suplementar. I. Título.

CDD 368.01

---

**SÉRGIO DE MELO DUARTE**

**SUFICIÊNCIA DE ATIVOS GARANTIDORES E PROVISÕES TÉCNICAS EM  
OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração e Controladoria. Área de concentração: Contabilidade e Controladoria

Aprovado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Moreira Chagas Corrêa (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Dr. Antônio Carlos Dias Coelho  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marcelle Colares Oliveira  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Oderlene Vieira de Oliveira  
Universidade de Fortaleza

A Deus.

Aos meus pais, por me educarem com o que tinham e conheciam na sua mais absoluta humildade e aos meus filhos Anna Karyne, Jéssica, Sérgio Filho e Victor, pois com eles, há uma busca incessante para alcançarmos uma melhor qualidade de vida através do estudo.

## AGRADECIMENTOS

A vida é uma caixinha de surpresas. O ser humano está em constante busca de evolução e quando acha que já sabe ou conhece tudo, sempre vai enxergar mais um longo caminho pela frente. Neste processo existem escolhas em forma de desafios que, uma vez perseguidos, levam a conquistas de pontos definidos no horizonte.

Nesta trajetória de desafios, em 2013 iniciei o curso de Mestrado em Administração e Controladoria pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Para que fosse possível alcançar este ponto, que parecia tão distante no horizonte, algumas pessoas tiveram participações importantes e definitivas como incentivadoras, desta conquista alcançada com êxito e alegria.

Meu agradecimento com carinho especial:

- Ao meu grande e Eterno Pai, Deus, que me deu a vida e discernimento para sempre buscar com perseverança os pontos colocados no horizonte e por ter fé em sua luz divina e saber que Ele está sempre presente nos meus caminhos.
- À minha família, em especial aos meus pais, pela oportunidade de estar aqui concluindo este curso que servirá de grande valia à minha vida profissional; e a minha esposa Márcia que diante das tribulações soube me amar e aos meus filhos, Anna Karyne, Jéssica, Sergio Filho e Victor, pela dedicação de apoio e por terem me passado coragem para que eu jamais desistisse.
- Aos amigos, em especial à Regina Soares, pelas contribuições e orientações prestadas no desenvolvimento do estudo e à Socorro Cavalcante, pelo conhecimento filosófico, que tanto ajudou no construto das teorias das organizações;
- Aos membros da banca, na pessoa da minha orientadora, Professora Denise Corrêa como orientadora, ao Professor Antônio Carlos Coelho, a Professora Marcelle Colares e a Professora Oderlene Oliveira, pelas contribuições valiosas para o resultado do trabalho.
- Aos Professores do curso de mestrado pela atenção, conhecimento e dedicação transmitidos nas aulas ministradas, em especial aos Professores

Augusto Cabral, Silvia Pedro, Sandra Santos, Alessandra Vasconcelos, Glória Arraes, Naiúla Monteiro, Jocildo Neto, Érico Veras, Vicente Crisóstomo, entre tantos outros que, de uma forma preciosa, souberam transmitir seus conhecimentos.

- Aos funcionários e funcionárias da Coordenação do Curso, em especial ao Ribamar, Cleverland, Martinha e Maruza, pela disposição, cordialidade e carinho.
- À minha filha Anna Karyne que contribuiu no levantamento dos dados e aos colegas, Wellington Brandão e Vanessa Ingrid que disponibilizaram conhecimentos estatísticos na aplicação da análise descritiva dos dados; e
- Aos colegas do curso, em especial ao Leonardo Maia e ao Ferreira, pela proximidade e aos que compartilharam os vários trabalhos apresentados, pela oportunidade de troca de conhecimento e companhia.

A todos vocês, o meu sincero agradecimento.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais  
voltará ao tamanho original”. – *Albert Einstein*



## RESUMO

Na década de 1990 ocorreram diversas transformações no setor de saúde no Brasil. Uma das mais importantes foi a alteração da Lei que regula as operadoras de planos e seguros saúde (OPS). A criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), como órgão normatizador e fiscalizador do setor de saúde, possibilitou a estruturação da assistência à saúde no tocante ao segmento da saúde suplementar. Com foco na sustentabilidade deste segmento, caracterizado pelo elevado custo assistencial, a ANS, por intermédio da Resolução Normativa nº 209/2009, estabeleceu critérios de constituição das provisões técnicas e as Resoluções nºs. 159/2007 e 227/2010 determinaram critérios de constituição de ativos garantidores necessários ao lastreamento de eventuais obrigações decorrentes das referidas provisões. Ocorre ainda que tais ativos nem sempre são suficientes a este lastreamento de forma integral. Sob este foco, esta pesquisa tem como objetivo geral investigar qual o comportamento dos indicadores econômico-financeiros, de forma comparativa, nas OPS com e sem suficiência de ativos garantidores. Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa descritiva. Quanto à abordagem do problema, o estudo é quantitativo. Quanto aos procedimentos, utilizou-se pesquisa bibliográfica e documental, tendo como principais fontes a doutrina e a legislação sobre o tema. Os dados para a análise foram coletados a partir do *sítio* da Agência Nacional de Saúde, referente ao triênio 2011/2013. Para a análise dos resultados, utilizou-se a ferramenta estatística *SPSS*, para cálculo do teste de média e mensuração do índice de correlação entre as variáveis da pesquisa. O estudo indicou que, apesar de a quantidade de operadoras com suficiência de ativos garantidores ter sido sempre superior às OPS sem suficiência, observou-se uma tendência de involução deste grupo na participação da amostra, em razão do crescimento acentuado das provisões técnicas. Isso, por conseguinte, comprometeu os indicadores econômico-financeiros das OPS. O teste de média permite afirmar que as OPS com e sem suficiência de ativos garantidores são estatisticamente diferentes.

Palavras-chave: Operadoras de Plano de Saúde. Ativos Garantidores. Provisões Técnicas.

## ABSTRACT

In the 1990s there were several changes in the healthcare industry in Brazil. One of the most important was the change of the Law regulating operators plans and health insurance (OPS). The creation of the National Health Agency (ANS), as normative organ and inspector of the health sector, enabled the structuring of health care with respect to the segment of health insurance. Focusing on the sustainability of this segment, characterized by high care costs, the ANS, through the Normative Resolution No. 209/2009 established constitution criteria of technical provisions and the Resolutions Nos. 159/2007 and 227/2010 determined constitution criteria of collateral assets needed for ballasting of any obligations under these provisions. It occurs even if such assets are not always sufficient to this ballasting in full. Under this focus, this research has as main objective to investigate what the behavior of economic and financial indicators, comparatively, the OPS with and without sufficiency of collateral assets. As to the objectives, it is a descriptive research. As for the problem of approach, the study is quantitative. As for the procedures, we used bibliographical and documentary research, the main sources doctrine and legislation on the subject. Data for the analysis were collected from the National Health Agency's website, referring to the three-year period 2011/2013. To analyze the results, we used the SPSS statistical tool for calculating the average of test and measurement of the correlation index between the variables of the research. The study indicated that, although the amount of operators with sufficiency of collateral assets have always been superior to OPS without sufficiency, there was a regression trend of this group in the participation of the sample, due to the sharp increase in technical provisions. It therefore committed the financial indicators of the OPS. The average test allows us to state that the OPS with and without sufficiency of collateral assets are statistically different.

Keywords: Health Plan Operators Guarantors Assets. Technical provisions.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Relação operadora, prestador e beneficiário.....	35
Figura 2	– Procedimentos para definição do tamanho da amostra.....	66

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	– Dados coletados.....	67
Tabela 2	– Variáveis do estudo.....	67
Tabela 3	– Distribuição da amostra por modalidade de OPS.....	71
Tabela 4	– Análise descritiva do CPE, EIL, AG, PT, AT e PL da amostra de 2011 a 2013.....	71
Tabela 5	– Análise descritiva do ROA, ROE, MLO e MLL da amostra de 2011 a 2013.....	72
Tabela 6	– Análise descritiva AG/PT e AG – PT de 2011 a 2013.....	74
Tabela 7	– Análise descritiva AG, PT, AG/PT e AG – PT de 2011 a 2013 por ano.....	74
Tabela 8	– Matriz de correlação entre CPE, EIL, AG, PT, ROA, ROE, MLO e MLL....	77
Tabela 9	– Distribuição percentual das operadoras com sem suficiência de AG de 2011 a 2013, por ano.....	78
Tabela 10	– Análise comparativa do AG, PT, AG/PT e AG-PT, nas OPS com e sem suficiência de AG, por ano.....	80
Tabela 11	– Evolução temporal da média dos indicadores econômicos das OPS com suficiência de AG, de 2011 a 2013.....	81
Tabela 12	– Evolução temporal da média dos indicadores econômicos das OPS sem suficiência de AG, de 2011 a 2013.....	81
Tabela 13	– Teste de média – OPS com suficiência de AG (1) e OPS sem suficiência de AG (0).....	82

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Distribuição da população por modalidade de OPS.....	70
Gráfico 2	– Evolução temporal da média dos indicadores – AG, PT e AG – PT.....	75
Gráfico 3	– Evolução temporal das médias dos indicadores – AG/PT.....	76
Gráfico 4	– Distribuição das operadoras com suficiência e insuficiência de AG – 2011 a 2013.....	79
Gráfico 5	– Evolução das operadoras sem insuficiência de AG – 2011 a 2013.....	78
Gráfico 6	– Evolução das operadoras com suficiência de AG – 2011 a 2013.....	79

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AG	-	Ativo Garantidor
AMB	-	Associação Médica Brasileira
AnpCONT	-	Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	-	Ativo Total
CDC	-	Código de Defesa do Consumidor
CFC	-	Conselho Federal de Contabilidade
CMN	-	Conselho Monetário Nacional
CNAS	-	Conselho Nacional de Assistência Social
CNSP	-	Conselho Nacional de Seguros Privados
COOPM	-	Cooperativas Médicas
CPC	-	Comitê de Pronunciamentos Contábeis
CPE	-	Contraprestações Efetivas
CVM	-	Comissão de Valores Mobiliários
DIOPE	-	Diretoria de Normas e Habilitação da Operadora
DVA	-	Demonstração do Valor Adicionado
EIL	-	Eventos Indenizáveis Líquidos
EnANPAD	-	Encontro da Associação dos Programas de Pós-Graduação em Administração
IAP	-	Institutos de Aposentadorias e Pensões

IASB	-	<i>International Accounting Standards Board</i>
IBRACON	-	Instituto Brasileiro de Contabilidade
IFRS	-	<i>International Financial Reporting Standards</i>
IRB	-	Instituto de Resseguro do Brasil
MLL	-	Margem do Lucro Líquido
MLO	-	Margem do Lucro Operacional
MS	-	Margem de Solvência
MS	-	Ministério da Saúde
NBC	-	Normas Brasileiras de Contabilidade
NTAP	-	Nota Técnica Atuarial de Provisões
OCDE	-	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
OPS	-	Operadoras de Planos de Saúde
PEL	-	Provisão para Eventos a Liquidar
PEONA	-	Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados
PIP	-	Provisão de Insuficiência de Prêmios
PL	-	Patrimônio Líquido
PMA	-	Patrimônio Mínimo Ajustado
PPCNG	-	Provisão para Prêmios ou Contribuições Não Ganhos
PT	-	Provisões Técnicas
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada
RL	-	Resultado Líquido

RN	-	Resolução Normativa
RO	-	Resultado Operacional
ROA	-	Taxa de Retorno sobre o Ativo Total – <i>Return on Total Assets</i>
ROE	-	Taxa de Retorno sobre o Patrimônio Líquido – <i>Return on Equity</i>
SUSEP	-	Superintendência de Seguros Privados
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UNIDAS	-	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	-	Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
USP	-	Universidade de São Paulo
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	24
2.1 <b>Evolução histórica do mercado de saúde suplementar</b> .....	24
2.2 <b>Teoria da regulação</b> .....	28
2.3 <b>Regulamentação do sistema de saúde suplementar no Brasil e a Agência Nacional de Saúde – ANS</b> .....	32
2.4 <b>Operadoras de planos de saúde (OPS)</b> .....	38
2.5 <b>Ativos garantidores e provisões técnicas nas OPS</b> .....	49
2.5.1 <b>Ativos garantidores nas OPS</b> .....	49
2.5.2 <b>Provisões técnicas nas OPS</b> .....	51
2.5.2.1 <i>Evolução histórica da legislação aplicável às provisões técnicas nas OPS</i> .....	58
2.5.2.2 <i>Classificação das provisões técnicas nas OPS</i> .....	60
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	65
3.1 <b>Caracterização da pesquisa</b> .....	65
3.2 <b>População e amostra do estudo</b> .....	66
3.3 <b>Definição das variáveis do estudo</b> .....	67
<b>4 ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	70
4.1 <b>Análise descritiva da população e amostra</b> .....	70
4.2 <b>Análise descritiva das variáveis do estudo</b> .....	71
4.3 <b>Análise comparativa das OPS com e sem suficiência de ativos garantidores</b> .....	77
4.4 <b>Síntese da análise</b> .....	83
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	85
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	87

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado, de acordo com o art. 196, da Constituição Federal de 1988. Mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, a Constituição garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988).

O artigo 197 esclarece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, e cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, e sua execução deve ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A partir do texto constitucional, justifica-se que o segmento de saúde no Brasil tenha a atual configuração: um sistema público, financiado pelo Estado por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) e por um sistema privado, denominado de saúde suplementar, cujos financiadores são as operadoras de planos de assistência à saúde.

Contudo, citado sistema público é insuficiente para atender a toda a demanda da sociedade. Esta situação de demanda reprimida estimula uma significativa procura por planos privados de assistência à saúde, o que redundou em discussões no âmbito federal sobre a regularização do mercado de saúde suplementar. Antes da regulamentação, os planos de saúde eram oferecidos no mercado pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS), que pouco faziam uso da Ciência Atuarial para a apuração adequada dos prêmios capazes de garantir a solvência dos produtos comercializados. Em outras palavras, o risco não era dimensionado adequadamente. (PORTER, 2007).

Sem regulamentação, houve crescimento exponencial do segmento de planos de saúde, alcançando cerca de 15 milhões de beneficiários no início dos anos 1980. Ao final da década de 1980, observa-se aumento da comercialização de planos individuais e a adesão de novos estratos de trabalhadores (funcionários públicos da administração direta e a entrada de grandes seguradoras no ramo saúde).

Posteriormente, expandiram-se os planos individuais comercializados por hospitais filantrópicos e empresas médicas regionalizadas, geralmente localizados em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno porte. (LEMOS, 2008). O cenário tornou-se complexo com o aumento de usuários, elevação de custos e carência de serviços, determinando insatisfação por parte dos usuários e dos prestadores de serviços de saúde, o que oportunizou discussões no âmbito público para a identificação de solução.

O financiamento dos serviços de saúde não é suportável apenas com recursos públicos, havendo a necessidade de que o setor funcione com empreendimentos privados, cujos recursos estarão associados a riscos assumidos diretamente por empreendedores que os explorem por meio de clínicas, laboratórios e hospitais, organizados societariamente na forma que lhes aprouver.

Dada especificidade dos riscos operacionais associados à prestação de serviços de saúde, outra forma de alocação de recursos à atividade se dá por meio de autofinanciamento dos usuários dos serviços, na forma solidária e associativa de fundos de saúde. A partir dessas reflexões foi possível, em 1998, a publicação da Lei nº 9.656, que dispôs sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. A partir de então, o mercado da saúde suplementar no Brasil passou a ser regulamentado e pôde existir com normas delineadas e funções delimitadas.

Tal regulamentação estruturou a assistência à saúde no tocante ao segmento da saúde suplementar. Foram criadas regras para atuação das operadoras de planos de saúde, regras para planos assistenciais, políticas de reajustes de mensalidades e padrões de coberturas assistenciais mínimas, permitindo condições de transparência e de definição de produtos e coberturas para os usuários do sistema, obedecendo a preceitos atuariais de cálculos de prêmios e benefícios. No segmento de operadoras de seguros no país, o “Prêmio” significa o pagamento em dinheiro pelo segurado ao segurador para que este assumira a responsabilidade de determinado risco. (FIGUEIREDO, 2012).

Para regular o mercado, conforme previsto na Lei nº 9.656/1998, foi publicada a Lei nº 9.961/2000, que instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, com as seguintes atribuições: registro, regulação, normatização e fiscalização do cumprimento da legislação na área da saúde suplementar, de modo a monitorar as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores do serviço médico e beneficiários do atendimento de saúde.

A partir das Leis, a pessoa jurídica operadora passou a assumir o risco econômico de assistência à saúde aos beneficiários filiados ao seu plano em determinado período e esses, por sua vez, a pagar, em forma de prêmio e, eventualmente, na forma de cosseguro do risco, um valor monetário sob a forma de contraprestações pecuniárias, determinadas pela empresa operadora do plano com base em análise atuarial dos custos assistenciais e em análise econômico-financeira dos diversos custos não assistenciais e margens operacionais referentes a esse plano. (BRASIL,2007b).

Entende-se por cosseguro como uma das técnicas usadas para pulverizar as responsabilidades. É, portanto, o seguro de um mesmo bem ou a riscos relacionados ao mesmo bem, realizado por dois ou mais seguradores cotizantes, denominados cosseguradores. (FIGUEIREDO, 2012).

Assim, o custeio do sistema de saúde passa a se orientar pela necessidade de sustentação própria, com foco nos recursos utilizados e custos assistenciais. Esses custos assistenciais, que são os gastos com a saúde, têm influência de diversos fatores, dentre eles o envelhecimento populacional e as inovações tecnológicas.

Quando existe crescimento exponencial nos custos da medicina, agravado pelo envelhecimento da população assistida é necessário lastro que permita ao longo do tempo assegurar valores suficientes para grandes desembolsos, mesmo que, porventura, eles nunca venham a se realizar. (PORTER, 2007).

Portanto, o equilíbrio entre o custo da assistência e o desembolso do usuário tem sido alvo de objeto de estudos acadêmicos e políticos. Conflitos de objetivos surgem à medida que os beneficiários, pessoas que utilizam o serviço de saúde, desejam maiores coberturas assistenciais à saúde por menores preços, enquanto as operadoras buscam adequar seus preços de venda às coberturas assistenciais reclamadas, comercializando seus planos sob determinada política de solvência, ampliando ou não seus carregamentos e margens referentes às rubricas não assistenciais da operação do plano.

A intervenção estatal modificou o cenário do setor de saúde suplementar e é um fator adicional para elevação do custeio assistencial das operadoras de planos de saúde. Além desse, acrescentam-se os riscos envolvidos com a operação do plano de saúde, em razão da atividade-fim, que é assegurar à cobertura financeira dos sinistros, assim considerando as doenças. Deste modo, as operadoras de planos de saúde no Brasil estão expostas a diversos fatores e riscos de várias magnitudes, formas e origens, que acarretam o malefício do aumento dos custos assistenciais, o que minora a solvência financeira e, em muitos casos, ocasiona a falência comercial. (ABREU, 2004).

Essa realidade aponta para uma necessidade imperativa das operadoras, que consiste em desenvolver mecanismos eficientes de gestão para torná-las mais competitivas e duradouras, visando ao enfrentamento de uma tendência natural, que é a elevação dos custos despendidos pela população assistida. Uma atividade sustentável qualquer é aquela que pode ser mantida por um longo período, sem se esgotar nunca, apesar dos imprevistos que podem vir a ocorrer. (PHILIPPI, 2001; ALMEIDA, 2002; SAFATLE, 2006).

Ante a complexidade em se lidar com as situações de incerteza do mercado de saúde suplementar de forma a manter a continuidade do negócio, torna-se imprescindível a busca por um gerenciamento que objetive a contenção dos custos assistenciais, norteadas as operadoras para uma posição mercadológica sustentável e segura. Uma das alternativas viáveis por conta dessa complexidade pode ser a adoção da provisão técnica, lastreada por ativos garantidores.

Provisões técnicas são instrumento fundamental no reconhecimento tempestivo das obrigações futuras de planos de saúde. Sua omissão nas demonstrações financeiras dessas entidades pode conduzir os usuários a avaliações incorretas da capacidade operacional futura dos planos. Considerando que os ativos garantidores nem sempre são suficientes para lastrear eventuais obrigações decorrentes de tais provisões, é relevante conhecer o comportamento dos indicadores econômico-financeiros no grupo.

Diante desse cenário, a questão norteadora da presente pesquisa consiste em saber se o grupo das operadoras com suficiência de ativos garantidores é estatisticamente igual ao grupo das operadoras sem suficiência de ativos garantidores.

Em face dos efeitos econômicos nas OPS pela constituição das provisões técnicas estabelecidas pela ANS, lastreadas pelos ativos garantidores e considerando as consequências empresariais para a manutenção destas no mercado de saúde suplementar, apresentam-se as seguintes hipóteses:

$H_0$ : as OPS com e sem suficiência de ativos garantidores exigidos pela ANS são estatisticamente similares e

$H_1$ : as OPS com e sem suficiência de ativos garantidores exigidos pela ANS não são estatisticamente similares

Após a regulamentação do mercado, o segmento de saúde suplementar passou a viver novo cenário. Isso representou uma mudança radical, com o crescimento de sua representatividade no atendimento à saúde no Brasil. A população de usuários assistida em janeiro de 2001 era de 31.727 pessoas, chegando a setembro de 2013 a um contingente de 49.032 pessoas, o que corresponde a 24,6% da população brasileira. Esse crescimento de mais de 54,5% em treze anos é concentrado nas regiões metropolitanas das grandes capitais, sendo 80% das contratações realizadas através de planos empresariais nas quais as empresas são contratantes de serviços médicos para seus funcionários. (BRASIL, 2013a).

Com a evolução do mercado e a criação de novos produtos, maior número de pessoas passou a ter acesso à assistência à saúde pela iniciativa privada, mas também, o custo da medicina, que representa 84% da sinistralidade do setor de planos de saúde, é um fator

diferencial na tabulação dos preços praticados pelas operadoras, que repassam esses custos para as mensalidades. (BRASIL, 2013a).

Portanto, estudar as operadoras de saúde no Brasil com e sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas revela-se estratégico para o mercado, a fim de que seja evidenciada qualquer fragilidade com ocorrências futuras de desembolsos sem a devida provisão e respectivo aporte de ativos garantidores.

Sob este enfoque, é importante conhecer no grupo das operadoras de planos de saúde as que atuam com e sem suficiência de ativos garantidores, estudando ainda o comportamento de indicadores econômico-financeiros nestes dois grupos.

Ainda como ponto de justificativa, o estudo alcança o tripé acadêmico, empresarial e social. Na linha acadêmica, os estudos sobre o assunto ainda se apresentam incipientes e, por essa escassez, pouco se encontraram estudos que aprofundem o tema. Nos trabalhos apresentados nos Congressos da USP no período de 2002 a 2011, nos Congressos EnANPAD, período de 2000 a 2012 e ainda nos Congressos ANPCONT, no período de 2007 a 2011, não foram identificados relatos de pesquisas sobre o assunto.

Na linha empresarial, o estudo deve alertar ao segmento das Operadoras de Planos de Saúde para a necessidade do equilíbrio entre os ativos garantidores versus as provisões técnicas, com a finalidade de atender às normas que regulam o mercado, assegurar maior transparência econômica e financeira e por isso também incentivar os Órgãos Reguladores a exigirem o atendimento dos normativos evidenciados nas Normas Brasileiras de Contabilidade (NBC) editadas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC).

Na linha social, os beneficiários deverão, ao analisar as demonstrações das OPS, ter condições de considerar se a operadora tem ou não suficiência de ativos garantidores para fazer face às provisões técnicas, avaliando a sinistralidade, o envelhecimento da população, os novos procedimentos médicos e o avanço da tecnologia da medicina.

Assim, considerando que as OPS são objeto do presente estudo, este trabalho tem como objetivo geral investigar se o grupo das operadoras com suficiência de ativos garantidores é estatisticamente igual ao grupo das operadoras sem suficiência de ativos garantidores.

O estudo utiliza como base de dados as informações disponíveis das Operadoras de Planos de Saúde com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar. O período referência para o estudo foi definido para o triênio de 2011 a 2013, com informações já disponíveis no banco de dados da ANS.

Para atingir o objetivo geral, destacam-se os seguintes objetivos específicos:

- a) investigar em que medida as OPS brasileiras comprometem seus ativos garantidores em razão da constituição das provisões técnicas;
- b) quantificar as OPS com e sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas constituídas;
- c) fazer uma análise longitudinal das OPS com e sem suficiência de ativos garantidores;
- d) analisar o comportamento dos indicadores econômico-financeiros, de forma comparativa, nas OPS com e sem suficiência de ativos garantidores

De modo a alcançar os objetivos listados, subdividiu-se este trabalho em 5 capítulos, incluindo a presente introdução.

O capítulo 2 traz o referencial teórico, discorrendo sobre a evolução histórica do mercado de saúde suplementar, a regulamentação do sistema de saúde suplementar e a criação da Agência de Saúde Suplementar – ANS, abordando ainda, a teoria da regulação. Também nesse capítulo, busca-se evidenciar as Operadoras de Planos de Saúde, demonstrando a evolução histórica da legislação aplicável, a classificação das operadoras com atividade no Brasil, com ênfase para os ativos garantidores e as provisões técnicas aplicadas às operadoras de planos de saúde.

O capítulo 3 apresenta a metodologia da pesquisa com os conceitos, métodos e as técnicas que foram utilizadas para obtenção dos resultados da pesquisa, citando a tipologia da pesquisa e os instrumentos utilizados.

O capítulo 4 traz a análise descritiva dos dados, com vistas a identificar os resultados obtidos na pesquisa, em atendimento ao objetivo geral e aos objetivos específicos. Para a análise dos resultados, foram realizados testes de média, com e sem suficiência de ativos garantidores e correlação.

O capítulo 5 traz as considerações finais, bem como as limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para a consecução dos objetivos propostos e compreensão do assunto é necessário alicerçar a busca de evidências empíricas em conhecimentos já consolidados e levantar indagações para gerar novos saberes. Este exercício conta com a identificação de estudiosos e de sua produção acadêmica, de modo a que a pesquisa se fundamente e possa contribuir com o conhecimento científico.

O referencial teórico para a fundamentação dessa pesquisa encontra-se organizado através da exploração de três aspectos relevantes no âmbito do que se pretende analisar e discutir. Inicialmente, é feita uma exploração na literatura acerca da evolução do sistema de saúde suplementar e a teoria da regulação, discussão de aspectos envolvidos neste ramo de negócio, e ainda, dados sobre a regulamentação do setor, conceito e características da Agência Nacional de Saúde – ANS, finalizando com a análise de ativos garantidores provisões técnicas.

### **2.1 Evolução histórica do mercado de saúde suplementar**

A Constituição Federal Brasileira (1988) preconiza que a saúde é direito de todas as pessoas e responsabilidade do Estado. A partir desse preceito, as ações e serviços de saúde pública integram uma rede regionalizada e hierarquizada, denominada Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, a Constituição não concede exclusividade ao Estado, e por isso permite à iniciativa privada o livre acesso à prestação de serviços de assistência à saúde, em complementariedade ao SUS.

Na Constituição, estão definidas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos fundamentos legais se consolidaram na Lei n 8.080, de 19/09/1990, com o objetivo de resolver os problemas da saúde no país.

Porém, historicamente, são evidenciadas as dificuldades do referido sistema, notadamente as relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, às precárias condições de atendimento, às instalações físicas deficientes, além das dificuldades de manutenção de equipes capacitadas para oferta de um serviço de qualidade.

Por conta disso, Cechin (2008) explica que o setor de saúde brasileiro é atípico. Em países como o Canadá e nações europeias, o Estado prevalece na gestão da saúde. Nos Estados Unidos, acontece o contrário: a saúde é gerida pelo setor privado. No Brasil, ambos os segmentos, estatal e privado, atuam na oferta e gestão de serviços de saúde.



As operadoras de planos de saúde funcionam como qualquer outra organização privada, enquanto o SUS é financiado e gerido pelo Governo Federal. Observa-se, portanto, disparidade ao se unir organizações de cunhos diferentes (público e privado) para um fim comum, a saúde. É suficiente constatar que as operadoras de planos de saúde são regidas pelas regras de mercado, enquanto que o SUS é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não-comercial. (RODRIGUES, 2003 apud MARINHO; MAC-ALLISTER, 2005).

Chama-se de saúde suplementar o setor composto por empresas da iniciativa privada que desenvolvem trabalhos de prestação de serviços em saúde, embora não exista consenso na literatura sobre tal termo, podendo ser utilizadas também designações como assistência médica suplementar, medicina suplementar e atenção médica supletiva, entre outros. (UNIDAS, 2005).

Este segmento da saúde é caracterizado pelo financiamento e provisão dos serviços de saúde por meio de pagamento de plano ou seguro privado, a despeito da presença de um seguro público obrigatório. (ALMEIDA, 1998). Estima-se que este segmento alcance em média, 28% da população brasileira, estando concentrado nas zonas urbanas.

Assim, embora tenha determinado a importância fundamental do papel do Estado na saúde, a Constituição considerou a existência de um subsistema privado, que complementaria o sistema público. Nele, os serviços médico-hospitalares de entidades privadas e dos médicos são comprados pelas operadoras de convênios médicos.

Na relação entre o público e o privado podem ocorrer, simultaneamente, dois movimentos contraditórios de fortalecimento do público, a partir do Estado, através da divulgação da expansão dos seus serviços diminuindo, nestes casos, a demanda para o setor privado e outro de descrédito do setor público, através da redução de verbas, redução de qualidade, divulgação na mídia das “crises da saúde pública” e dificuldades no atendimento, o que gera maior procura dos serviços privados. (LAURELL, 1995).

A articulação entre o Estado e interesses privados no âmbito da saúde tem ocorrido no Estado Brasileiro em diferentes momentos. A iniciativa privada originou a organização dos primeiros modelos assistenciais. Foi assim, por exemplo, quando para evitar perdas na produtividade do setor cafeeiro, no início do século XX, foram iniciadas as práticas de vigilância sanitária, posteriormente assumidas pelo Estado, na forma de regulamentação da saúde. Assim, o modelo sanitarismo campanhista respondia às demandas do modelo econômico agroexportador. O que se exigia do sistema de saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Esse modelo traduzia-se numa visão

militarista de combate às doenças de massa, concentração de decisões e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. (MENDES, 1996).

Embora tenham sido considerados pela Constituição de 1988, os planos de saúde privados tiveram início na segunda metade dos anos 1950 do século passado, quando alguns médicos do ABC Paulista se reuniram para dar assistência a funcionários de uma companhia, por meio de um pré-pagamento. (CECHIN, 2008).

Cechin (2008) afirma ainda, que o forte desenvolvimento da saúde suplementar se deu a partir dos anos 60 com as empresas de medicina de grupo. Um marco importante ocorreu em 1964, quando o antigo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) foi dispensado de dar assistência médica aos trabalhadores da Volkswagen. Em compensação, a empresa foi desobrigada de contribuir com a sua parte para a previdência. Assim surgiu o primeiro convênio-empresa. Companhias de grande porte passaram a adotar essa modalidade nos anos seguintes, sendo que em 1977 já existiam quase 5 mil convênios desse tipo. No fim dos anos 60 surge na cidade de Santos (SP) a primeira Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED, da qual os médicos são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores de serviços. Nesse período, também começa a consolidar-se outra modalidade de convênio denominada autogestão.

Na década de 1970, a assistência médico-hospitalar começou se consolidar no país e, em virtude do crescimento dos custos da Medicina, com a incorporação crescente de novas tecnologias, os hospitais foram ficando cada vez mais dependentes dos planos de saúde, que passaram a ser a alternativa para financiar os gastos de uma parcela da população. Nessa década surge a primeira regulamentação operacional para o seguro-saúde. (CECHIN, 2008).

É então que o país assiste a um vigoroso movimento da sociedade civil para a democratização da saúde, entendida enquanto direito universal garantido pelo Estado e sob controle público. Houve uma expansão de benefícios sociais a setores informais, sendo assegurada a aposentadoria aos trabalhadores rurais e aos idosos (COHN, 1999). Esse mesmo cenário é retratado por Malta *et al* (2004) ao afirmar que no processo de luta pela democratização política no Brasil e da Reforma Sanitária, buscou-se concretizar uma nova concepção na relação público e privado onde, através de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, o privado seria complementar àquele, sob controle público.

No entanto, a expansão dos benefícios sociais não foi acompanhada da ampliação da base de financiamento contributiva. Conviveu-se com um sistema privado prestador de serviços da saúde, altamente complexo, com alta densidade tecnológica e que foi se transformando num setor de acumulação de capital. (COHN, 1999).

As operadoras de planos de saúde consolidaram a sua presença no mercado no início dos anos 1980, atendendo uma parcela significativa da classe média e de trabalhadores especializados nas Regiões Sul e Sudeste, principalmente nesta última. Estima-se que, à época, cerca de 15 milhões de pessoas já eram beneficiárias de planos oferecidos pelas empresas de medicina de grupo e pelas cooperativas. No fim dos anos 1980, as operadoras desse segmento passaram a vender planos individuais com padrões de cobertura diferenciados.

Entre 1987 e 1992, por exemplo, houve um aumento médio no número de beneficiários de medicina privada de 7,4%. Vale lembrar que é nesse contexto de grande expansão da medicina suplementar que foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Nos anos seguintes, o bom desempenho da saúde suplementar continuou. O número de beneficiários do setor aumentou de 32 milhões, em 1992, para pouco mais de 41 milhões em 1997. (CECHIN, 2008).

Todavia, se desde as décadas anteriores o setor caminhou para a consolidação com a formação de uma classe média significativa e o incremento da demanda por parte de trabalhadores e empresas por uma assistência médica com qualidade, a partir dos anos 1990, para alguns especialistas, o crescimento ocorreu, também, devido à queda na qualidade dos serviços públicos de saúde.

Nesse mesmo período houve uma diminuição na quantidade e na qualidade dos serviços disponíveis, o que acabou por afastar ainda mais do SUS as camadas da população com maior renda e os trabalhadores melhor remunerados.

Entretanto, após a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor (CDC), no início dos anos 1990 e a atuação do Ministério Público na área de defesa das relações de consumo, os planos de saúde tornaram-se alvos de reclamações por parte dos consumidores. A partir de então, começaram os primeiros debates sobre a necessidade de regulamentação do setor. (CECHIN, 2008).

Em 1998, estimava-se que o setor teria em cinco anos, 80 milhões de beneficiários de planos de saúde no país, ante ao pouco mais de 40 milhões de então. A perspectiva de regulamentação levou analistas a preverem que haveria a entrada de companhias estrangeiras que contribuiriam para a expansão da saúde suplementar. Cechin (2008) considera, portanto, que este foi um período positivo para as operadoras de planos de saúde.

## 2.2 Teoria da regulação

A Teoria da Regulação destaca o papel a ser desempenhado pelo Estado e suas instituições. O interesse pelos temas de regulação estatal de mercados e o papel das agências reguladoras é uma realidade no cenário econômico.

A Teoria da Regulação tenta evitar as posições simples entre economia aberta e economia fechada, autonomia e limite, e propõe noções intermediárias como a de área estratégica para definir os tipos de estruturação do espaço internacional. A configuração do Estado é dotada de uma autonomia bastante ampla em termos de codificação do regime monetário, das formas de concorrência e da relação salarial. Além disso, as relações entre sujeitos políticos e agentes econômicos introduzem várias diferenças, em termos de taxaço, de acesso aos serviços coletivos produzidos ou organizados sob a égide do Estado. (THERET, 1998).

Esta Teoria destina-se a responder à seguinte pergunta: por que restringir as decisões do agente? Isto é: por que regular? Portanto, espera-se que uma teoria auxilie a entender o fenômeno – regulação – e prever que mercado deve ser regulado e quando, que tipo de regulação será mais adequado, quem se beneficiará pela regulação e quando deve ser desregulado. (CARDOSO, 2005).

Os estudos realizados por Aragão *et al* (2005) indicam que a regulação é o que os agentes econômicos pedem aos governos. Em todo o mundo, torna-se intenso o debate sobre o modelo de desenvolvimento das nações e qual o tamanho ideal da participação estatal. A presença do Estado se modifica e sai do papel de participante ativo nos negócios para o papel de regulador do mercado. Essa é a nova fase do capitalismo mundial.

Aragão *et al* (2005) registram que a prática de regulação por parte do Estado, originada nos Estados Unidos, foi paulatinamente replicada em outros países ocidentais, nos quais o Estado passou a delegar a gestão de serviços públicos e coletivos a empresas privadas, com a condição de instituir agências administrativas independentes, denominadas agências reguladoras. Nesses países, a partir da adoção dessas novas estruturas de governança foi alcançado um sistema regulatório moderno. A instauração de aparato regulatório capaz de prevalecer sobre os vícios detectados anteriormente na administração pública ganhou corpo e assim as agências se multiplicaram.

Os estudos de Majone (1996) e Moran (2003) explicam por que o “estilo americano” de regulação predominou nas reformas regulatórias ao longo dos anos 1990. Os autores afirmam, ainda, que nas duas últimas décadas, as mudanças consideráveis já podem

ser observadas, entre elas a proliferação de corpos regulatórios tanto no nível nacional quanto no nível local dos países europeus. Destacam a crescente literatura especializada voltada para análise dessa natureza da regulação europeia como gênero diferenciado de tomada de decisão. Para os autores, isso se deve ao fato de que formas tradicionais de pensamento, bem como padrões de comportamento, não são facilmente modificáveis.

Nos estudos realizados por Gliardi (2004), o autor explica os padrões observados para o estabelecimento das agências, que são: a *expertise*; a flexibilidade; o compromisso com a credibilidade; a estabilidade; a eficácia e eficiência; a participação pública e transparência; os custos da tomada de decisão; a transferência de responsabilidades; e as incertezas políticas.

Contudo, cumpre ressaltar que o Estado Regulador, com suas instituições características expressas por agências independentes especializadas, criadas em substituição à propriedade privada, teve origem nos Estados Unidos. A natureza dessa forma assumida pelo Estado pode ser brevemente resumida em três grandes momentos ou ondas de inovação institucional na América: a era Progressiva, o *New Deal* e a era da nova regulação social dos anos 1960. (CRUZ, 2009).

Destaca-se ainda, a participação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para a consolidação e difusão da crença na qual os esforços como a privatização, associados a outros fatores, levariam ao desenvolvimento. Nesse sentido, a estrutura regulatória de cada país seria determinante crucial do sucesso ou do fracasso desses esforços, ou seja, a propriedade do Estado era tida como importante não apenas porque eliminava a ineficiência dos monopólios privados, mas também porque estimulava o desenvolvimento econômico em favor de regiões ou grupos particulares desfazendo assimetrias, protegendo consumidores e garantindo a segurança nacional.

A discussão internacional sobre a redução do papel do Estado variou amplamente, indo de restrições a incentivos àqueles países que se adequassem ou não aos padrões econômicos indicados, sendo comum, por exemplo, a utilização da exigência de reformas em direção ao mercado como condição para a concessão de empréstimos. (CRUZ, 2009).

A proposta de reforma regulatória da OCDE influenciou amplamente os países latinos, entre eles o Brasil. A partir do âmbito de atuação do Estado, essa proposta apresenta três categorias da atividade regulatória:

- a) regulação econômica – caracterizada pela intervenção direta nas decisões de mercado, tais como definição de preços, competição, entrada e saída de novos agentes nos mercados;

- b) regulação social – destinada a proteger o interesse público nas áreas de saúde, segurança, meio ambiente e em questões nacionais; e,
- c) regulação administrativa – destinada a estabelecer os procedimentos administrativos por meio dos quais o governo intervém nas decisões econômicas, os chamados *red-tapes*.

A partir da compreensão das categorias regulatórias, ampliou nos países latinos e no Brasil a percepção de que com sua adoção é possível obter regulação moderna capaz de conduzir cada país que a adota rumo ao desenvolvimento esperado. A profusão de reformas também tendeu mais a orientação econômica, todavia as outras categorias também adquiriram importância e tornaram-se expressivas entre as intervenções estatais.

No Brasil, o processo também aconteceu iniciado com o movimento de desregulamentação, onde a regulação sai da alçada exclusiva estatal e passa a ser compartilhada com os setores produtivos.

Atualmente, as agências reguladoras, controlam os mais distintos setores, de audiovisual a vigilância sanitária, passando por telecomunicações, saúde, energia e transportes. As Agências reguladoras são exemplos concretos da nova organização do Estado brasileiro, edificado a partir da segunda metade da década de 1990. Esse novo modelo estatal, que trouxe um nível mais amplo de participação da sociedade, ao mesmo tempo em que redesenhou o próprio papel do Governo, vem permitindo a expansão da atividade privada em diversos novos campos da economia sem abrir mão da ação governamental em promover equilíbrio e justiça social.

No mercado de planos privados de assistência à saúde, observa-se que no Brasil, desenvolveu-se em um contexto institucional de baixa regulação, até fins da década de 1990, a despeito dos incentivos de natureza fiscal e da ausência de barreiras de entrada e saída para novas empresas.

Essas extraordinárias condições institucionais para a atividade econômica favoreceram a ampliação da clientela e a abertura de empresas de diferentes portes, que fazem a intermediação do acesso à atenção à saúde em todas as cidades de médio e grande porte do Brasil. O segmento de planos de assistência à saúde compreende um universo diferenciado de modalidades organizacionais: empresas de administração de benefícios, empresas de medicina de grupo, empresas de autogestão (públicas e privadas), seguradoras, cooperativas médicas e odontológicas. (BRASIL 2007b).

A Constituição do marco regulatório pela Lei nº 9.656/1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, modificaram significativamente

esse cenário, pela definição de novas regras de proteção aos consumidores e de entrada, permanência e saída das empresas no mercado. No contexto anterior à regulação, os estudos sobre o setor identificavam problemas de exclusões e variações nos contratos, quer seja, no escopo ou na natureza da cobertura, em quase todos os planos privados, permitindo que opções desfavoráveis fossem oferecidas ao consumidor.

Na ausência de um marco regulatório apropriado no Brasil, o segmento do mercado de planos de assistência à saúde operou por mecanismos bastante frágeis quanto ao nível de informação ao consumidor, com tendência a uma com forte omissão quanto aos riscos em vários itens relevantes de contrato.

Esta estratégia afetou os beneficiários de planos individuais que contraíssem enfermidades de alto custo ou de tratamento de longa duração, como o caso das doenças mentais, que não eram cobertas pela maioria dos contratos e ficaram sob a gestão e assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fato motivou uma agenda importante para a discussão das relações público e privado no Brasil no âmbito do setor saúde, abrindo espaço para a regulação na perspectiva inicial do direito do consumidor e do respeito a contratos e, posteriormente, na construção de regime regulatório que interfere fortemente sobre a atividade empresarial do setor. (MAJONE 1996).

A intervenção normativa da ANS tem sido, assim, orientada para garantir o desenvolvimento de novos contratos que contemplem a equidade nas condições de cobertura, a extinção dos limites de internação, a proibição de aumento por faixa etária após 60 anos com dez anos de contribuição e a qualidade mínima nos padrões de atenção. O desenvolvimento da política governamental no mercado de seguro de saúde apresenta as características esperadas para as funções regulatórias, mas não explicita uma proposta clara para a estrutura de mercado, ao contrário da regulação na área de infraestrutura.

O regime regulatório sob a égide da ANS tem gerado normas, padrões e sanções a empresas de planos privados de saúde que podem ser responsabilizados pela qualidade dos contratos, pela seleção do risco e pela adequação da administração financeira. A regulação da qualidade da prestação da atenção à saúde dos prestadores ainda não recebeu uma definição abrangente, ainda que esteja latente na cultura técnica da ANS. (BRASIL 2013a).

### **2.3 Regulamentação do sistema de saúde suplementar no Brasil e a Agência Nacional de Saúde - ANS**

Em 03 de junho de 1998, após mais de nove anos de discussões no Congresso Nacional, foi sancionada pelo Presidente da República a Lei nº 9.656/1998, que regulamentou, pela primeira vez, os Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil. Com o processo de regulamentação, passou a existir um acompanhamento técnico dos Planos Privados de Assistência à Saúde, impondo às operadoras de planos, dentre outras condições a necessidade de uma avaliação atuarial, fundamentada em critérios estatísticos, atuariais e financeiros, quando do estabelecimento dos preços dos produtos a serem oferecidos aos consumidores.

Destaca-se que a sua aprovação no Senado somente foi possível pela introdução de determinadas alterações no enunciado legal, por meio da Medida Provisória nº 1.665, solução política com a concordância dos envolvidos para evitar que o setor permanecesse, operando sem regulação, por mais tempo. Mesmo como marco inicial de regulação do setor, somente em janeiro de 2000 foi sancionada a Lei n.º 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e lhe deu atribuições para regular o mercado de saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde (MS), responsável pelo setor de planos privados de saúde no Brasil. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, em um processo de regulação marcado tanto pela perspectiva econômica, destinada a organização do mercado e o estímulo à concorrência, como pela perspectiva assistencial, voltada para a garantia dos interesses dos consumidores.

A criação da ANS foi o princípio do estabelecimento de jurisprudência regulatória sobre a medicina de pré-pagamento, das cooperativas médicas e dos planos de empresas. Antes, o seguro saúde estava sob a jurisdição da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). Apesar disso, em todos os segmentos, persistiu a exclusão de segurados de alto risco e de opções de tratamento ou diagnósticos onerosos.

O desenvolvimento da política governamental no mercado de saúde suplementar no Brasil apresenta as características esperadas para as funções regulatórias. Cabe a ANS, entre outras competências normativas. (BRASIL, 2000a):

- a) estabelecer critérios para a concessão, manutenção e cancelamento da autorização de funcionamento das empresas e de registro de produtos;



- b) estabelecer critérios de monitoramento e controle do acesso, manutenção e qualidade dos serviços de assistência à saúde das empresas, sejam eles próprios, credenciados ou referenciados;
- c) avaliar a capacidade técnico-operacional das empresas;
- d) definir o rol de procedimentos e eventos de saúde que constituem a referência básica para as coberturas assistenciais, inclusive quanto à cobertura parcial temporária, nas hipóteses de lesão ou doença preexistente;
- e) monitorar a evolução dos preços dos planos, dos seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos, bem como autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias, ouvido o Ministério da Saúde;
- f) estabelecer normas de ressarcimento ao SUS;
- g) estabelecer critérios de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das empresas, assim como de normas e padrões para o envio de informações;
- h) autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação ou transferência do controle societário das empresas, ouvidos os órgãos do sistema de defesa da concorrência;
- i) estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das empresas;
- j) determinar a alienação da carteira;
- k) requisitar o fornecimento de informações às empresas, bem como à rede prestadora de serviço a ela credenciada ou referenciada;
- l) celebrar com as empresas termo de compromisso de ajuste de conduta e fiscalizar seu cumprimento.

A atuação da Agência influenciou todo o segmento, que definiu inclusive as características relacionadas às coberturas dos produtos, o estabelecimento de garantias e as reservas financeiras, estimulando ainda a padronização de processos e troca de informações.

O texto da Lei estabeleceu entre outros critérios, os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das operadoras de planos de saúde e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

Adicionalmente, a legislação definiu os atributos essenciais e específicos dos planos de saúde que servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados. Com a legislação em vigor, as OPS tiveram que passar e ainda passam por transformações. A partir de dezembro de 1999, as OPS que desejam atuar no setor necessitam

obter o registro provisório de funcionamento, conforme preceitua o parágrafo único do art. 18 da Lei nº 9.656/1998. (BRASIL, 1998a).

Com as novas regras criadas a partir da Lei nº 9.656/1998, as empresas que comercializam os planos individuais são obrigadas a cobrir nos novos contratos, por exemplo, tratamentos de câncer, doenças congênitas, transtornos psiquiátricos, AIDS, transplantes de rim, entre outras patologias, e estão impedidas de negar assistência a portadores de doenças pré-existentes.

Essas regras valem apenas para os contratos de pessoa física (contratos individuais e familiares). Os contratos de pessoa jurídica (coletivos e empresariais) são realizados por negociação direta dos contratantes com as empresas, independentemente do contrato ter sido assinado antes ou depois da Lei nº 9.656/1998.

Da mesma forma, a comercialização de plano de saúde está condicionada ao registro do plano na ANS. As OPS também estão impedidas de recorrer à concordata e de seus credores pedirem a sua falência. A operadora só pode ser liquidada a pedido da ANS, forma encontrada para assegurar os direitos dos beneficiários, conforme estabelece o art. 23 da Lei nº 9656/1998. (BRASIL, 1998a).

Outro exemplo importante das mudanças introduzidas pela Lei foi a instituição da obrigatoriedade de informações. Isso permite à ANS promover diversas análises e, em essencial, acompanhar a evolução dos custos, condição essencial para a autorização de aumento das mensalidades dos planos individuais. Os planos de assistência à saúde, anteriores à vigência da Lei 9.656/1998, foram proibidos de serem comercializados. Os contratos firmados entre beneficiários e OPS têm garantia de assistência a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de impedimento às restrições de número de consultas e internações, dentre outros benefícios.

Acerca da relação das operadoras com os beneficiários, nota-se que a regulamentação do setor acarretou diversas obrigações para os planos contratados após 1999. Entre elas, tem-se a criação de um rol mínimo de procedimentos assistenciais; a proibição de interromper as internações; as carências máximas permitidas; a necessidade de autorização prévia para reajustes dos preços; o valor-limite de cobrança aos beneficiários com idade mais elevada; o percentual máximo de reajuste das mensalidades para os planos de pessoa física e a impossibilidade do cancelamento deste tipo de plano, por parte da operadora.

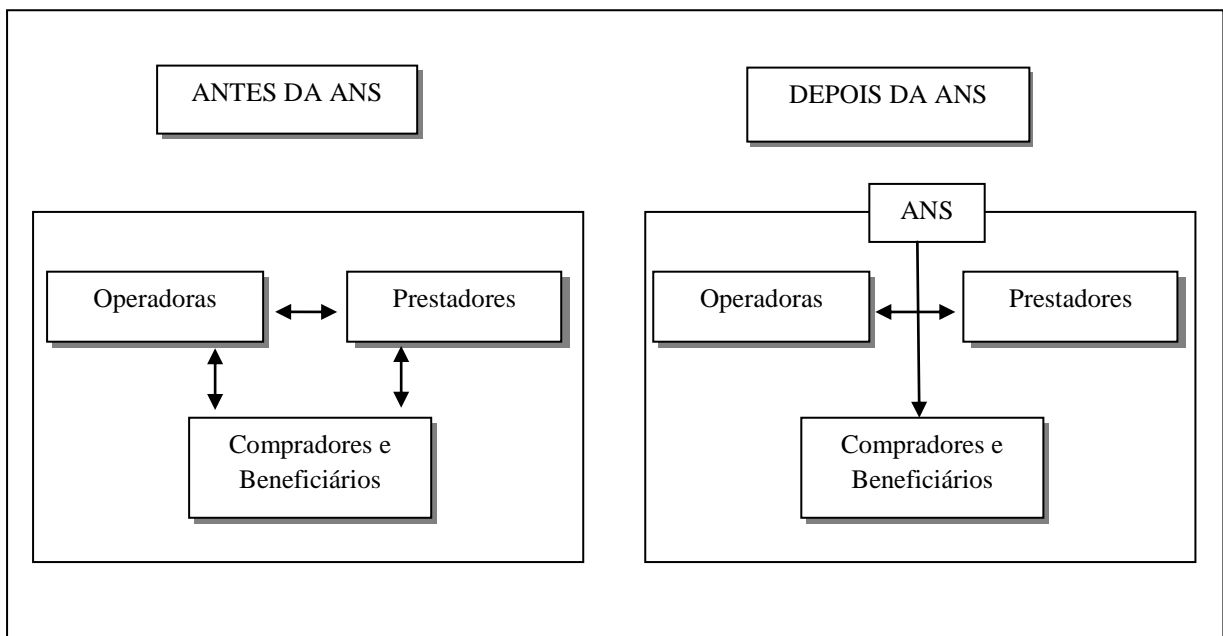
Pode-se destacar que a segurança do beneficiário de planos privados de assistência à saúde aumentou com a regulamentação da ANS de medidas necessárias à manutenção da integridade das operadoras e da garantia da continuidade da prestação dos serviços de

assistência contratados. A ANS pode recorrer, sempre que verificar alguma grave ou insanável irregularidade que coloque em risco o atendimento à saúde contratado no plano. (BRASIL 2007b).

A partir da regulamentação, a pessoa jurídica operadora assume o risco econômico de assistência à saúde aos beneficiários filiados ao seu plano em determinado período e esses, por sua vez, pagam, em forma de prêmio e, eventualmente, na forma de cosseguro do risco, um valor monetário sob a forma de contraprestações pecuniárias, determinadas pela empresa operadora de um plano com base em análise atuarial dos custos assistenciais e em análise econômico-financeira dos diversos custos não assistenciais e margens operacionais referentes a esse plano. (BRASIL, 2007b).

Assim, até à regulamentação, as operadoras possuíam bastante flexibilidade para realizar suas operações com os prestadores e celebrar contratos de planos de saúde com os beneficiários havendo, assim, uma autorregulação entre esses três elementos. A matriz da figura 1 demonstra, ainda que, após a regulamentação, a Agência passou a intervir no mercado, estabelecendo novas regras e alterando aquelas em curso. (MALTA *et al.*, 2004).

Figura 1 – Relação operadora, prestador e beneficiário.



Fonte: Adaptado de Malta et al., (2004)

Outro ponto observado por Araújo (2003), para que as empresas entrantes se constituam como empresas, é que elas devem atender a algumas exigências do órgão regulador. Além do registro provisório de funcionamento junto à ANS, atendendo a requisitos dispostos na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 05, de 18 de fevereiro de 2000,

deverá apresentar documento de constituição da empresa e alterações posteriores, devidamente registrado em Junta Comercial ou Cartório de Registro das Pessoas Jurídicas, e documentos pessoais dos controladores, administradores e membros do conselho fiscal, consultivo, deliberativo, administrativo ou assemblado.

A ANS, na resolução normativa nº 11, de 22 de julho de 2002, instituiu normas para o exercício de administrador das empresas. Os eleitos ou nomeados para os cargos de diretor, curador ou membros do conselho de administração ou deliberativo deverão ter experiência comprovada na área que forem atuar. Além dos requisitos de capacitação técnico-profissional, é exigido do profissional ter reputação ilibada. Não pode ter nenhum impedimento legal, condenação por crime de prevaricação, acusação de corrupção ativa ou passiva, de concussão, de peculato, contra a economia popular ou ter participado de empresas que estejam em direção fiscal ou em liquidação extrajudicial.

Além das normas estabelecidas na RDC nº 5 e a RN nº 11, as empresas devem atender aos requisitos constantes na RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas empresas.

Araújo (2003) assinala ainda, que a RDC nº 77 estabeleceu critérios para operação a serem observados pelas empresas. Segundo esta resolução, as empresas devem observar a regra do capital mínimo ou provisão para a operação, provisão de risco, índice de giro de operações e margem de solvência. As empresas com fins lucrativos observam capital mínimo e as empresas sem fins lucrativos observam provisão para operação.

No que concerne à capacidade financeira, a Agência impôs às operadoras a constituição de ativos garantidores e das provisões técnicas, que constituem um lastro para a manutenção dos compromissos assumidos. Nessa perspectiva, Almeida (2008) exprime a ideia de que ativos garantidores e provisionamentos são regras prudenciais mínimas e que estas consistem em boa prática da gestão do risco.

A criação da agência reguladora tem base nas questões de governança dos planos e fundos, uma vez que tais entidades cobram e recebem dos associados recursos cujo uso se dará forçosamente no futuro, na remuneração dos serviços de saúde desses usuários. A gestão de recursos de terceiros pode ser objeto de desvios, na pior hipótese e de erros de estimativa, na melhor hipótese, o que significaria perdas de recursos dos participantes ou a incapacidade de prestação dos serviços acordados.

Estudos afirmam que há grande clamor por parte dos beneficiários de planos de saúde por ferramentas de controle e direcionamento da prática das OPS para protegê-los de situações de risco financeiro e assistencial. Já as operadoras expressam a necessidade de

reconhecimento das dificuldades a que são submetidas por operarem num mercado severamente competitivo e regulamentado, no qual os seus custos estão em grande parte fora de seu controle e em que há pouco espaço de manobra para melhorar a qualidade dos serviços ao cliente sem comprometer a sustentabilidade do sistema. (MARUJO *et al.*, 2006 apud SAITO *et al.*, 2007).

Segundo Noronha (1999) o controle do mercado sobre a saúde torna-se questionável por três razões essenciais. A primeira delas é que as condições em que a decisão do consumidor é tomada se dá em uma situação de stress, uma situação de particular peso. A segunda reside no fato de que o consumo dos atos de saúde difere do consumo de serviços em geral pelo fato de, no setor da saúde, o beneficiário não se portar como um consumidor comum diante da mercadoria, por estar desprovido de conhecimentos técnicos, não detendo informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir, nem a quantidade, nem a qualidade, existindo uma grande assimetria de conhecimentos. A terceira razão reside na grande incerteza do mercado, da imponderabilidade no consumo de recursos em cada contato estabelecido pelo beneficiário e o serviço. Portanto, o produto “saúde” torna-se inelástico em relação ao preço. Essas questões levam a inúmeras dificuldades do mercado em regular as transações na área da saúde, onde desmascara os argumentos de que o mercado poderia ter imensa superioridade na regulação e prestação de serviços em relação ao público.

Marujo e Martins (2006) ressaltam que o envelhecimento populacional é potencialmente preocupante, pois uma população mais velha aumenta os custos, já que idosos gastam muito mais com saúde do que jovens e adultos. Por sua vez, a inovação tecnológica é caracterizada pela constante criação de produtos e métodos, resultante de pesquisas e estudos realizados que desenvolvem e aprimoram tecnologias em saúde.

Para isto é necessário um financiamento proveniente de investimentos dos governos e instituições, cujas pretensões comerciais e de lucro disponibilizam os produtos a um número cada vez maior de consumidores. Dessa maneira, o desenvolvimento tecnológico na Ciência Médica possui um custo, que influencia diretamente o preço a ser pago pelos consumidores. Ou seja, a incorporação da tecnologia representa uma importante fonte de pressão nos custos assistenciais. (BADIA; PIRES, 2008).

Em relação às inovações tecnológicas, é preciso observar o custo-benefício destas novas tecnologias. A relação entre inovação tecnológica e aumento dos gastos com saúde não deve, de forma alguma, justificar argumentos contrários às inovações. Há evidências de que os benefícios sociais gerados pelo avanço técnico em saúde mais do que justificam sua incorporação. Deve-se, no entanto, buscar critérios e padrões objetivos de mensuração do

custo-efetividade das novas tecnologias, que resultem na incorporação apenas das tecnologias que mostrarem-se efetivas. (CECHIN,2008).

Pode-se afirmar que, a despeito da importância no sistema de saúde brasileiro do setor privado, em geral, e da assistência médica suplementar, em particular, os aspectos problematizadores do mercado privado de saúde, assim como os correspondentes desenvolvimentos conceituais e analíticos que suscitam, encontram-se no cerne da atuação da Agência Nacional de Saúde. Portanto, quanto mais ampla a discussão dos fatores que pressionam o atendimento à saúde, maior a importância do papel da ANS na regulação das necessidades e dos interesses de beneficiários, prestadores e operadoras.

Apresentados os principais aspectos relacionados à teoria da regulação, a evolução histórica do mercado, bem como a regulamentação do sistema de saúde suplementar no Brasil e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, é importante destacar o segmento das operadoras de saúde suplementar atuante no Brasil.

## **2.4 Operadoras de planos de saúde**

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS) são pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde (BRASIL 2013a).

A caracterização da dimensão do setor de saúde suplementar é complexa devido às articulações que se estabelecem entre as empresas operadoras de planos e seus beneficiários. Nesse contexto, as OPS assumem o risco econômico de assistência à saúde dos beneficiários vinculados aos seus planos em determinado período. Os beneficiários transferem, com isso, para as OPS o risco com a recuperação da saúde, exigindo das OPS o dispêndio de recursos para a aquisição de bens e a utilização de serviços técnicos.

Na regulamentação do setor, as OPS estão definidas segundo o art. 1º da Lei nº 9.656/1998, como:

Pessoas jurídicas constituídas sob modalidade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão que operem produto, serviço ou contrato mediante prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso a atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora

contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (BRASIL 1998a).

Diferentemente do conceito de OPS é a definição de plano de saúde, que segundo Kornis e Caetano (2002 apud CORÁ, 2004), “é uma espécie de seguro de garantia de atendimento da assistência médico-hospitalar. Ele cobre as despesas resultantes da assistência referente aos eventos que estiverem cobertos, conforme o contratado pelo cliente”.

As operadoras expressam a necessidade de reconhecimento das dificuldades a que são submetidas por operarem num mercado severamente competitivo e regulamentado, no qual os seus custos estão em grande parte fora de seu controle e em que há pouco espaço de manobra para melhorar a qualidade dos serviços ao cliente sem comprometer a sustentabilidade do sistema. (MARUJO *et al.*, 2006 apud SAITO *et al.*, 2007).

Os custos assistenciais, ou seja, os gastos com a saúde são influenciados por diversos fatores, dentre eles o envelhecimento populacional e as inovações tecnológicas.

Segundo Pires (2008), esse conflito de interesses entre operadoras, prestadores e beneficiários coloca em risco a sustentabilidade do negócio e remete os gestores de saúde à discussão do índice de sinistralidade, que significa a relação entre o custo assistencial e a receita das mensalidades dos planos de saúde.

Ferreira (2002) evidencia que a sinistralidade é bastante influenciada pela redução de prêmios ou pelo aumento excessivo dos custos assistenciais. Deve-se tomar muito cuidado na utilização deste método em função de eventuais modificações na estrutura de prêmios no período sob análise. Se, por exemplo, a seguradora acabou de reduzir a sua tarifa, a sinistralidade passada ainda não reflete essa redução, e é inferior àquela que se teria caso a tarifa tivesse sido reduzida no início do período de análise. Caso aplicada ao prêmio comercial recente conduzirá a um cálculo de prêmio de risco inferior ao necessário para equilibrar a carteira.

De acordo com Almeida (2008), o mercado de planos de saúde configura-se pela existência de várias OPS e prestadores de serviços e que se relacionam por meio de uma intrincada rede de contratos e acordos. Por outro lado, na característica dos contratos de longo prazo firmados entre as OPS e os usuários observa-se também muito complexa, criando as condições para surgir comportamentos oportunistas dos agentes envolvidos. Este mercado de serviços de saúde é naturalmente cercado de imperfeições, apesar de possuir uma significativa quantidade de agentes e empresas de ofertantes e demandantes, dificultando a sua delimitação. O mercado de saúde possui diversas imperfeições destacando-se:

- a) assimetria de informações consideráveis entre os agentes envolvidos principalmente o médico-paciente;
- b) limitação de informações sobre qualidade e preços;
- c) práticas de discriminação de preços; e,
- d) presença de externalidades negativas.

Portanto, estas imperfeições acarretam instabilidade e incertezas, dificultando a escolha do beneficiário pelo plano e criando condições para o surgimento de condutas oportunistas, bem como a seleção adversa.

Segundo Almeida (2008), as OPS e prestadores de serviços de saúde atuam em praticamente todos os níveis sociais, tornando a competição ainda mais intensa, mesmo com as imperfeições de mercado já mencionadas. Assim, observa-se empresas operando abaixo dos níveis ótimos de capacidade instalada. Por isso, segundo o autor, há necessidade de identificação de segmentos prioritários a serem abordados pelo mercado de OPS, de onde surgem as características competitivas básicas. Estas características, vistas de forma isolada, são insuficientes para fixar os limites dos mercados de onde há a exigência de sua complementação com informações sobre a estrutura de regulação, sobre as instituições com a responsabilidade de fixar as regras institucionais e sobre a natureza incompleta dos contratos de longo prazo firmados entre os variados agentes de saúde suplementar, como os beneficiários, as OPS, e as instituições prestadores de serviço.

Por sua vez, informa Campos (2004), o mercado de saúde suplementar brasileiro possui inúmeros meios para a formação das empresas e entidades, e que podem, de acordo com o art. 1º, II da Lei nº 9.656/1998, operar nas atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde. A própria ANS editou a Resolução R2DC nº 39/2000, ao classificar as OPS.

Corá (2004) diz que o setor de saúde suplementar brasileiro é formado por um intrincado, diversificado e comumente conflituoso conjunto de interesses de diversos outros subsetores, como de empresas financeiras e não-financeiras, governo e as famílias seguradas.

De acordo com Campos (2004), a partir da definição legal de OPS, estas empresas se organizaram com distintos modelos jurídico-institucionais, possuindo características próprias com relação a sua forma de atuação no mercado. A grande variedade das operadoras representa marco regulatório do setor, que as classificou nas seguintes espécies:

- a) empresas não-financeiras: prestam serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapêuticos;
- b) empresas não-financeiras: prestam serviços de venda de planos de saúde;



- c) empresas financeiras ou seguradoras: prestam serviços de venda de seguros de saúde;
- d) governo: presta à sociedade, serviços de regulação da ação dos planos de saúde e das empresas que atuam na área médica, hospitalar e de serviços diagnóstico-terapêuticos;
- e) famílias: pagam pelos serviços das empresas de planos e seguros de saúde. As famílias são as usuárias e únicas beneficiárias dos serviços de assistência médica.

Assim, essa realidade demonstra um setor bastante conflituoso, em que seus membros formadores da cadeia de valor ainda não reconheceram que os resultados positivos oriundos de uma produtividade mais elevada distribuíram estes benefícios para toda a cadeia. Entre as melhorias do sistema, a diminuição dos custos proporcionariam vantagens para todas as partes, pois os preços da assistência baixariam, atraindo para o sistema de saúde suplementar um segmento maior da população e que utiliza ainda o SUS, podendo o governo melhorar a qualidade do atendimento prestado. (MIRANDA 2003).

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, segundo a ANS, foram classificadas em oito modalidades:

- a) administradoras:

As Administradoras representam “empresas que coordenam, controlam e administram planos de assistência à saúde financiada por outra OPS”. Contudo, não se responsabilizam pelos riscos oriundos das operações desses planos, não detendo rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e assim de beneficiários. (ALMEIDA, 2008).

Para Cechin (2008), as administradoras são empresas que administram, exclusivamente, planos de assistência à saúde, não possuem rede própria, são financiadas pela contratante e não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não é credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

As administradoras gerenciam somente os serviços assistenciais de saúde, possuindo ou não uma rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. (CAMPOS, 2004);

- b) cooperativas médicas:

As cooperativas médicas são sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, formadas de acordo com a Lei nº 5.764/1971, que regula o funcionamento das

sociedades cooperativas, que operam planos privados de assistência à saúde. Nesta espécie de cooperativa, os profissionais médicos que em paralelo também são sócios e prestadores de serviços, recebem rendimentos proporcionais à sua produção, através da qualidade do atendimento e recebem também o rateio dos lucros do negócio. (CAMPOS, 2004).

As Cooperativas Médicas (COOPM) integram a modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um (isto é, por tipo e quantidade de atendimento), valorado segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), além do que participam do rateio do resultado final obtido pelas unidades municipais, também chamadas singulares. (ALMEIDA, 2008).

Entre as cooperativas médicas, o relacionamento dos usuários também ocorre por meio do pré-pagamento de planos individuais, familiares e/ou empresariais. As COOPM cobrem cerca de 80% do território brasileiro, organizadas em sua maior parte como regionais ou municipais. Este segmento é formado, em sua maioria, pelas cooperativas autônomas Unimed, organizadas em todo o País pela Confederação Unimed do Brasil. (CORÁ, 2004);

c) cooperativas odontológicas:

São sociedades de pessoas sem fins lucrativos, surgidas a partir da Lei nº 5.764/1971, que informa a respeito do funcionamento das sociedades cooperativas atuantes unicamente em planos odontológicos. As cooperativas odontológicas distinguem-se das cooperativas médicas somente com relação a espécie dos serviços prestados ou de plano disponibilizado ao mercado. (CAMPOS, 2004);

d) instituições filantrópicas:

Segundo Almeida (2008), de acordo com a RDC nº 39/2000, as entidades filantrópicas são organizações sem fins lucrativos que gerenciam Planos Privados de Assistência à Saúde. Mas para tanto, devem ser certificadas como uma entidade filantrópica perante o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e também declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou por Órgãos de Prefeituras ou Governos Estaduais.

Para se enquadrarem nesta modalidade, estas Entidades Filantrópicas devem comprovar que destinam, no mínimo, 60% de sua capacidade instalada, para os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. (CAMPOS, 2004);

e) autogestões (patrocinadas e não patrocinadas):

São entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas através de seu departamento de recursos humanos, ou algum órgão similar, que se responsabilizam pelo plano privado de assistência à saúde. Disponibilizam cobertura somente aos trabalhadores ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados e seus respectivos grupos familiares definidos, com limitação ao 3º grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou mesmo membros ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, instituições sindicais, entidades de classe de profissionais ou assemelhados. Por sua vez, as entidades de autogestão subdividem-se em patrocinadas, na eventualidade de possuir gestão própria, e não patrocinadas. Entre as entidades autogestões de natureza patrocinadas há singulares, se vinculadas somente a um patrocinador, ou multipatrocinadas, se o sistema reunir mais de um patrocinador. (CAMPOS, 2004).

A sua caracterização envolve certa complexidade uma vez que há de se levar em conta os princípios relativos às formas de financiamento, gestão, organização jurídico-institucional e o risco pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar. (GAMA, 2003).

Os planos de autogestão utilizam-se de regimes de credenciamento denominados de convênios ou de livre escolha, chamados de reembolso. A empresa que implanta o sistema de autogestão ou de planos administrados define as características do plano, o credenciamento dos médicos e dos hospitais, as carências e bem como as coberturas. (CORÁ, 2004).

As autogestões se inserem na categoria de entidades de caráter mutualista, ou seja, a gestão do risco é assumida pela empresa empregadora ou por entidade de trabalhadores ou profissionais, enquanto nas empresas do ramo securitário há contratação de outra empresa para a gestão desse risco, como no caso das medicinas de grupo, cooperativas e seguradoras. (BAHIA, 1999);

f) seguradoras especializadas em saúde:

O mercado de seguros no Brasil teve sua expansão com as reformas conduzidas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), do Ministério da Fazenda, a partir de 1985. A SUSEP promove a desregulação gradual da atividade das seguradoras, dá autonomia à criação de produtos e estimula a formação de empresas regionais, ampliando a concorrência; elimina a

exigência de carta-patente para o funcionamento das seguradoras e promove a indexação dos contratos, que passam a ser atualizados com base na correção monetária.

Em determinadas empresas que possuem características usuais idênticas das seguradoras, buscam a sua especialização como OPS junto a SUSEP, através de cisão ou algum ato societário relacionado. A instituição provedora realiza, juntamente com uma instituição financeira, a intermediação financeira entre grupos de indivíduos empregando o sistema de reembolso para a utilização dos serviços. Desta forma, a diferença com relação às outras OPS, encontra-se na obrigatoriedade contratual de disponibilizar a possibilidade de livre escolha do prestador de serviço aos usuários. Neste caso, o pagamento das despesas é realizado diretamente aos prestadores de serviços pelos usuários, que possuem direito a reembolso, seguindo uma lista de procedimentos que foi acordada entre as partes contratantes. Entretanto, as seguradoras já detêm uma rede referenciada de prestadores de serviços, levando a sua atuação a ser muito similar àquela realizada pelas operadoras de medicina/odontologia de grupo. (CAMPOS, 2004).

Nas autogestões existe uma intermediação financeira de uma entidade seguradora que, embora não preste diretamente assistência médico-hospitalar, cobre, segundo os termos da apólice do segurado, os custos da assistência. É possível que seguro seja realizado por pessoa física ou jurídica, para empresas, em benefício de pessoas físicas. O financiamento dessa espécie também ocorre através de um sistema de pré-pagamento, em que o contratante previamente paga pelos serviços de assistência médica e, desta forma, surge o direito à cobertura dos eventos já previstos no contrato firmado. (CORÁ, 2004).

Já as seguradoras especializadas em saúde são as empresas constituídas em sociedade seguradora, com fins lucrativos, que comercializam seguros de saúde e oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas ou que comercializam ou operam seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.

Em 1996 duas medidas de natureza legal e administrativa tiveram impacto importante na economia do setor de seguros: a liberação da entrada de empresas estrangeiras no mercado, cujo resultado imediato destas medidas foi

que mais de 20 empresas estrangeiras iniciaram suas atividades a partir de 1996; a segunda medida consta da Emenda Constitucional nº 13, que eliminou o monopólio do resseguro pelo Instituto de Resseguro do Brasil (IRB).

Já no marco da regulação da saúde suplementar pela ANS foi aprovada pelo Congresso Nacional a Medida Provisória Nº 2.122-2, transformada em Lei Nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde. Por este dispositivo legal, as sociedades seguradoras que operam planos de saúde devem se constituir em seguradoras especializadas em saúde, sendo-lhes vedada a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, submetendo-se às determinações e fiscalização da ANS e permanecendo subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional (CMN);

g) medicina de grupo:

Constitui a pioneira modalidade de saúde assistencial privada a ser introduzida no Brasil, na década de 1960, como uma espécie de atenção às necessidades médico-hospitalares formadas por empresas médicas. Quase sempre sem disponibilizar seus próprios serviços médicos, essas empresas contratam estes serviços de outras instituições ou pessoas físicas, por meio de uma estrutura que abrange o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e o tratamento. (KORNIS; CAETANO, 2002 apud CORÁ, 2004).

Esta modalidade, nos seus primórdios, cresceu às expensas da Previdência Social, mediante os convênios-empresa firmados entre a seguridade social e a indústria para atendimento a estes trabalhadores, como forma de um benefício indireto e obtendo isenção fiscal. Na década de 1980, com o fim dos convênios-empresa, estes arranjos assistenciais incluíram na sua área de atuação a classe média, mediante a oferta de planos individuais com uma intensa competição por preços entre estes grupos empresariais. É até hoje a forma dominante no mercado.

Representam empresas ou entidades privadas com fins lucrativos que operam e administram planos de assistência à saúde, destinada a empresas ou indivíduos através da estipulação de contraprestações pecuniárias, salvo aquelas presentes nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e

filantropia, e que possui uma estrutura de atendimento que se utiliza de uma rede credenciada. (CAMPOS, 2004).

O uso de serviços pelo contratante e seus beneficiários encontra-se relacionado ao pré-pagamento de planos de saúde (sejam eles empresariais ou individuais e familiares), com variados tipos de cobertura, bem como da própria qualidade de serviço. O contratante paga previamente pelos serviços de assistência médica e desta forma possui o direito ao atendimento para os eventos previstos no contrato. Esta cobertura pode ocorrer por intermédio de serviços próprios do contratado como também através de uma pequena ou vasta rede de médicos ou hospitais conveniados. Essas empresas médicas gerem planos de saúde de variados tipos para distintos contratantes como empresas, indivíduos ou famílias. (BAHIA et al., 2002);

h) odontologia de grupo:

De acordo com Campos (2004) são empresas ou entidades que operam apenas planos odontológicos, salvo aquelas pertencentes a modalidade de cooperativa odontológica, sendo similares às operadoras de medicina de grupo, exceto pelo tipo de serviço prestado.

Essa caracterização visa atender os vários requisitos legais e regulamentares diferenciados e exigidos pela ANS para a atuação das diversas modalidades e segmentos de operadoras, com implicações sobre o tipo de informações que devem ser fornecidas periodicamente, para acompanhamento do seu desempenho assistencial e constituição das garantias financeiras.

Para a constituição de garantias financeiras, as operadoras sem fins lucrativos (filantrópicas, cooperativas e autogestão) informam provisão para operação e devem manter um patrimônio, a qualquer tempo, maior ou igual a zero. As operadoras com fins lucrativos (administradoras, seguradoras, medicina e odontologia de grupo) constituem capital mínimo e deverão manter o patrimônio líquido igual ou superior a esse capital mínimo. Estas últimas, chamadas de operadoras do segmento terciário, devem constituir margem de solvência como uma reserva suplementar as provisões técnicas para suportar as oscilações que podem ocorrer na operação dos planos.

O Caderno de Informação da Saúde Suplementar de setembro/2013 define que as operadoras são classificadas também, no tocante à quantidade de beneficiários, em:

- a) pequeno porte: possuem até 10.000 beneficiários;
- b) médio porte: detêm um portfólio entre 10.000 e 100.000 beneficiários;

c) grande porte: registram mais de 100.000 beneficiários.

Os planos negociados no mercado brasileiro, de acordo com seu marco regulatório, são contratados a partir da seguinte classificação, explicitada no art. 16 da Lei n.º 9.656/1998, que discorre sobre a natureza jurídica do regime e contratação do plano de assistência à saúde:

- a) individual, pessoal ou particular: Quando a contratação do plano de saúde for feita diretamente pelas pessoas com as operadoras e o pagamento depender de sua própria renda, o plano é considerado individual, pessoal ou particular. Nesses planos, o valor pago mensalmente tem origem em um cálculo que leva em conta o risco de adoecimento e a utilização do plano para cobertura assistencial. Esse cálculo baseia-se, sobretudo, nos dados do custo assistencial, que verifica a sinistralidade do plano. O risco tem uma relação com algumas variáveis, como idade, sexo, condições de morbidade e de doenças preexistentes, dentre outras. (CORÁ, 2004);
- b) familiar: Diz-se do contrato realizado entre a operadora e o grupo familiar, observados critérios semelhantes da modalidade individual, acima descritos;
- c) coletivo empresarial: Quando a empresa formaliza um contrato com a operadora para todos os funcionários e seus familiares. Incluem-se nessa modalidade os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente as suas mensalidades;
- d) coletivo por adesão: No plano coletivo por adesão, a empresa dá ao funcionário a possibilidade de escolha entre duas ou mais operadoras.

Ainda sobre a caracterização dos planos comercializados no mercado brasileiro, é possível a oferta dos seguintes tipos ou módulos:

- a) plano ambulatorial: Compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas. Com cobertura, também, para atendimentos e procedimentos de urgência e emergência até as primeiras 12 horas. Não abrange internações. Os exames que não exijam permanência no hospital por período superior a 12 horas devem ser cobertos;
- b) plano hospitalar sem obstetrícia: Compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), transfusões, quimioterapia, radioterapia entre outros, necessários durante o período de internação. Inclui, também, os atendimentos

caracterizados como urgência e emergência que evoluírem para internação ou que sejam necessários para a preservação da vida humana;

- c) plano hospitalar com obstetrícia: Acresce ao Plano Hospitalar sem Obstetrícia, a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido, durante os primeiros 30 dias de vida, estando assegurado o direito de inscrição de recém-nascido, filho natural ou adotivo, no plano de seguro, como dependente, gozando de isenção de carência, desde que a inscrição seja feita até 30 dias após o nascimento;
- d) plano odontológico: Compreende a cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultório. Inclui-se endodontia, periodontia, exames radiológicos e cirurgias de pequeno porte;
- e) plano referência: É um conjunto de módulos essenciais para a assistência ambulatorial, cirúrgica, hospitalar e terapêutica, com o objetivo de atender as demandas por tratamento de saúde sem a segmentação modular.

Observando o caráter informativo deste trabalho, é imprescindível esclarecer que a ANS, periodicamente, amplia as coberturas mínimas exigidas das operadoras de planos, o que gera impacto no equilíbrio do custeio assistencial dessas empresas.

Finalizando a caracterização dos planos, estes são classificados quanto à data de assinatura do contrato, se anterior ou posterior à vigência do marco regulatório - Lei nº 9.656/1998:

- a) novos: contratos celebrados a partir de 01/01/1999, necessitam de registro junto à ANS e estão sujeitos à nova legislação;
- b) adaptados: contratos anteriores a 01/01/1999, são adaptados às normas atuais, e por isso também necessitam de registro junto à ANS;
- c) antigos: contratos celebrados antes de 01/01/1999 são válidos para consumidores que não optarem pelas novas regras, mas são intransferíveis e suas condições são garantidas apenas ao titular e os dependentes já inscritos (é permitida apenas a inclusão de novo conjugue e filhos).

A caracterização dos planos, em suas diversas peculiaridades, determina a exposição de risco, de custo, de amplitude de serviços, e demais condições de assistência à saúde do beneficiário, bem como a dimensão do negócio para os operadores do sistema.



## 2.5 Ativos garantidores e provisões técnicas nas OPS

Inicialmente as OPS não utilizavam práticas contábeis buscando realizar comparações entre as diversas empresas presentes em seu segmento mercado. Desta forma, a ANS buscou fixar parâmetros contábeis que padronizassem as práticas contábeis e que, concomitantemente possibilitassem demonstrar a realidade econômico-financeira das operadoras.

### 2.5.1 Ativos garantidores nas OPS

O ativo garantidor é a efetivação financeira real da garantia escritural refletida pela provisão técnica. O registro das provisões técnicas no passivo (balanço patrimonial) representa o cálculo dos riscos inerentes às operações de assistência à saúde. E os ativos garantidores são recursos financeiros destinados a cobrir esses riscos, caso eles se traduzam em despesas. Os recursos aplicados nesses ativos devem obedecer a determinados limites percentuais de aceitação e diversificação, de acordo com a sua natureza e riscos inerentes, além do porte da operadora.

Informa Santos (2008) que ativos garantidores nada mais são do que os bens imóveis, ações, títulos e valores mobiliários de propriedade da operadora que proporcionem o suporte das provisões técnicas, pela efetivação financeira real da garantia escritural por meio das provisões técnicas contabilizadas.

Pela RN nº 159, de 2007, no inciso II do art. 2º os ativos garantidores classificam-se em:

II - ativos garantidores: bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas. (BRASIL, 2007c).

Segundo a ANS os Ativos Garantidores são títulos, valores mobiliários e/ou imóveis registrados no ativo (balanço patrimonial) das operadoras ou da entidade mantenedora de autogestão, com o objetivo de lastrear o total das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional, mediante sua vinculação à ANS, conforme estabelece a Resolução Normativa RN nº 159 de 2007.

No art. 3º da RN nº 159 de 2007, define-se que os ativos garantidores das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional das operadoras serão

registrados na ANS e aplicados de acordo com as diretrizes estabelecidas no normativo, de modo que lhes sejam conferidos segurança, rentabilidade e liquidez. (BRASIL, 2007c).

No que concerne à capacidade financeira, a ANS impôs às operadoras a constituição de ativos garantidores e das provisões técnicas, que constituem um lastro para a manutenção dos compromissos assumidos.

Nessa perspectiva, Almeida (2008) exprime a ideia de que ativos garantidores e provisionamentos são regras prudenciais mínimas e que estas consistem em boa prática da gestão do risco.

Para a constituição de garantias financeiras, as operadoras sem fins lucrativos (filantrópicas, cooperativas e autogestão) informam provisão para operação e devem manter um patrimônio, a qualquer tempo, maior ou igual a zero; já as operadoras com fins lucrativos constituem capital mínimo e deverão manter o patrimônio líquido igual ou superior ao capital mínimo. As operadoras do segmento terciário devem constituir margem de solvência com uma reserva suplementar às provisões técnicas para suportar as oscilações que podem ocorrer na operação dos planos.

Segundo Almeida (2008), as garantias financeiras “são um conjunto de exigências a serem observadas pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, sujeitas à regulação da ANS, para a manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, minimizando o risco de insolvência em sua operação empresarial”. Os elementos destinados à formação das garantias financeiras foram estabelecidas pela RN nº 160/2007, ao revogar a RDC nº 77/2001, tratando da manutenção dos recursos próprios mínimos e a constituição das provisões técnicas a serem observadas pelas operadoras.

Almeida (2008) diz que as atuais regras previstas pela ANS, informa que devem ser seguidos três grupos principais de exigências:

- a) recursos próprios mínimos – são requisitos básicos de capital próprio ou patrimônio que as OPS devem seguir a Dependência Operacional, isto é, a regra de regulação dos ciclos financeiros das operadoras objetivando manter as obrigações a serem pagas aos prestadores de serviços;
- b) constituição de provisões técnicas – representam os requisitos de contabilização de fundos buscando assegurar as obrigações futuras oriundas das atividades das operadoras. Esta regra foi complementada pela RN nº 159/2007, relacionada aos ativos garantidores necessários para proporcionar o devido suporte às provisões contabilizadas.

Dentre o conjunto de regras de garantias financeiras já informadas destacam-se aquelas vinculadas aos recursos próprios mínimos exigidos para as OPS:

- a) patrimônio mínimo ajustado (PMA) – um requisito básico de patrimônio para realizações suas atividades no setor, não importando as dimensões da operação, sendo na verdade uma espécie de garantia para entrada no setor; e,
- b) margem de solvência (MS) – representa o patrimônio mínimo que deve ser observado a respeito do grau de riscos assumidos pela OPS. São os recursos extras destinados às provisões técnicas buscando superar as eventuais instabilidades das operações de uma OPS. Este mecanismo funciona como uma espécie de amortecedor econômico para o dimensionamento inadequado das provisões técnicas, prejuízos na aplicação dos ativos e aqueles surgidos pela má-gestão da empresa, etc.

Um dos grandes desafios enfrentados pelas operadoras de planos de saúde é equilibrar econômica e financeiramente um negócio rigidamente regulamentado e fortemente fiscalizado. Esse ambiente complexo, com um grande volume de informações legais para assimilar e que a regulamentação muda constantemente, gera dificuldades para os administradores das operadoras equacionarem tal situação. Além disso, os beneficiários, que por ignorarem ou desconhecerem elementos como solvência ou credibilidade da operadora frente ao mercado, utiliza o plano sem consciência e que contribui para o aumento do custo assistencial, o que representa mais uma variável a ser introduzida na questão.

### 2.5.2 Provisões técnicas nas OPS

Iudícibus *et al.* (2010) enfatiza que o termo provisão é utilizado como referência a qualquer obrigação ou redução do valor de um ativo, no qual sua mensuração decorra de alguma estimativa. Entretanto, o termo provisão, que já estava tratado na Deliberação nº 489/2005, conforme a preferência do IASB, refere-se apenas aos passivos com prazo ou valor incertos. De forma genérica, provisões são derivadas de apropriações por competência (*accruals*). São caracterizadas como obrigações já existentes, registradas no período de competência, em que não existe grau de incerteza relevante.

O Conselho Federal de Contabilidade (CFC) através da Norma Brasileira de Contabilidade (NBC TG) 25 (R1) – Provisões, Passivos Contingentes e Ativos Contingentes, recepcionando o Pronunciamento Técnico CPC nº 25/2009, aprovado também pela

Deliberação CVM nº 594/2009, é bem claro na diferenciação entre “provisões” e “passivos contingentes”. As provisões podem ser distinguidas de outros passivos quando há incertezas sobre os prazos e valores que serão desembolsados ou exigidos para a sua liquidação. O termo “contingente” é utilizado para passivos e ativos não reconhecidos em virtude de sua existência depender de um ou mais eventos futuros incertos que não estejam totalmente sob o controle da instituição.

Assim, uma provisão somente deve ser reconhecida quando atender, cumulativamente, às seguintes condições: (a) a entidade tem uma obrigação legal ou não formalizada presente como consequência de evento passado; (b) é provável a saída de recursos para liquidar a obrigação; e (c) pode ser feita estimativa confiável do montante da obrigação.

Ainda Iudícibus *et al.* (2010) afirma que os requisitos exigidos para o reconhecimento das provisões estão vinculadas ao conceito de passivo e, quando tais passivos não atendem aos critérios necessários para o seu reconhecimento, são tratados na norma como passivos contingentes.

Para o reconhecimento do passivo, além da obrigação presente, é condicionante a probabilidade de saída de recursos que incorporam benefícios econômicos futuros para sua liquidação, sendo que a probabilidade é maior de ocorrer do que de não ocorrer. (IUDÍCIBUS *et al.*, 2010).

As estimativas são essenciais quando se trata de provisões devido a sua característica intrínseca de incerteza. A estimativa confiável é resultante da capacidade de a entidade determinar um conjunto de desfechos possíveis. A estimativa aplicada para mensuração do valor é a “melhor estimativa” do desembolso para liquidação da data do balanço, ou seja, o valor requerido na hipótese de a entidade pagar para liquidar a obrigação ou transferi-la para terceiros nesse momento. (IUDÍCIBUS *et al.*, 2010).

Iudícibus *et al.* (2010) adverte que a reavaliação periódica das provisões é de extrema importância em um passivo mensurado por meio de estimativas, sendo previsto no Pronunciamento Técnico CPC 25 – Provisão e Passivo e Ativo Contingentes, itens 59 e 60, que:

59. As provisões devem ser reavaliadas em cada data de balanço e ajustadas para refletir a melhor estimativa corrente. Se já não for mais provável que será necessária uma saída de recursos que incorporam benefícios econômicos futuros para liquidar a obrigação, a provisão deve ser revertida”.

“60. Quando utilizado o desconto a valor presente, o valor contábil de uma provisão aumenta a cada período para refletir a passagem do tempo. Esse aumento é reconhecido como uma despesa financeira”.

Segundo ainda Iudícibus *et al.* (2010), deve-se considerar como importante sobre provisões:

- a) provisões não são reconhecidas em virtude de ações e condutas futuras dos negócios, mesmo que as ações futuras venham a causar gastos, pois existe a possibilidade de conduta da entidade ainda ser alterada;
- b) uma obrigação sempre envolve uma outra parte a quem se deve a obrigação, mesmo que não seja identificável (público em geral), o que implica que uma decisão de administração não dá origem por si só a uma obrigação, a menos que a decisão tenha sido comunicada antes da data do balanço aos afetados de forma a gerar uma expectativa válida de seu cumprimento;
- c) um evento que não gera imediatamente uma obrigação pode gerá-la em uma data posterior, por força de alterações em alguma lei (obrigação legal) ou pelo fato de algum ato da entidade (obrigação não formalizada) da origem a uma obrigação;
- d) no caso de várias obrigações semelhantes, a avaliação da probabilidade de saída de recursos deverá considerar o tipo de obrigação como um todo (exemplo de garantias sobre produtos), pois a probabilidade de saída de recursos pode ser pequena para o item isoladamente, mas provável quando se considera o tipo de obrigação como um todo;
- e) a provisão deve ser mensurada antes dos impostos;
- f) eventos futuros que possam afetar o valor de liquidação de uma obrigação devem estar refletidos no valor de provisão quando existir uma evidência objetiva suficiente de que eles ocorrerão, tais como mudanças tecnológicas que alterem algum custo no futuro;
- g) ganhos na alienação esperada de ativos não devem ser levados em consideração ao mensurar uma provisão, mesmo se estiverem intimamente ligados ao evento que dá origem à provisão; e
- h) uma provisão deve ser utilizada somente para os desembolsos para os quais essa provisão fora originalmente reconhecida e apenas esses desembolsos devem ser compensados.

Coelho e Lins (2010), classificam as provisões, dividindo em provisões contingenciais e provisões por competência.

Ainda, Coelho e Lins (2010) lembram que é interessante ressaltar a diferença entre provisões e reservas para contingências. A diferença básica entre ambas está na existência do fato gerador. Para as provisões, há a ocorrência do fato gerador, nas reservas, não. Exemplificando, numa provisão para devedores duvidosos, o fato gerador foi a venda efetuada no período. Já no caso de uma reserva para uma possível greve de funcionários, não há a existência de fato gerador.

Segundo a norma e procedimento contábil nº 22 do Ibracon (NPC 22), baseada no IAS nº 37, as provisões contingenciais podem ser distinguidas de outros passivos, tais como contas a pagar a fornecedores das provisões derivadas de apropriações por competências, por que nas primeiras podem existir grandes incertezas sobre o tempo, credor ou o valor dos desembolsos futuros exigidos na liquidação e, principalmente, como o próprio nome sugere, são decorrentes de acontecimentos excepcionais ou não cotidianos.

As provisões contingenciais, segundo a norma do Ibracon, decorrem quando há forte grau de incerteza, principalmente quanto ao valor. Somente são reconhecidas como provisões com contabilização no passivo e no resultado aquelas obrigações que surgem de eventos passados e existem independentemente de atos futuros de uma entidade (como conduta futura de seu negócio). Por outro lado, essas provisões não serão reconhecidas nas demonstrações contábeis e apenas evidenciadas em notas explicativas, quando:

- a) sejam obrigações possíveis, mas que ainda dependem de confirmação quanto à obrigação presente que poderia determinar a saída de recursos financeiros; e
- b) sejam obrigações presentes, mas que não possam ser reconhecidas pelo alto grau de incerteza da saída de recursos futuro, ou ainda sobre as quais não se possa ter uma estimativa razoável do valor a ser liquidado no futuro.

As provisões por competência consistem na avaliação, reconhecimento e registro de um fato administrativo que acarrete modificações na situação patrimonial da entidade tendo como contrapartida uma conta de resultado. Nesse sentido, depreende-se a necessidade da ocorrência de um fato gerador e o registro da despesa dentro do mesmo período (respeito ao pressuposto básico da competência). (COELHO; LINS, 2010).

Seu principal objetivo é trazer a valores mais próximos da realidade as contas passivas e ativas, de forma a permitir a confrontação das receitas e despesas ocorridas no mesmo período. A provisão deve ser reconhecida quando:

- a) uma entidade tem uma obrigação legal ou não formalizada presente como consequência de evento passado;
- b) É provável que recursos sejam exigidos para liquidar a obrigação; e
- c) O montante da obrigação possa ser estimado com suficiente segurança.

Se qualquer uma dessas condições não forem atendidas, a provisão não deve ser reconhecida, devendo ter a sua evidenciação em notas explicativas.

Para Mourad *et al.* (2010), no segmento de saúde suplementar existe uma diferença substancial entre os conceitos de reserva e provisão. No mercado segurador brasileiro, pela obrigatoriedade de cobertura das provisões com ativos garantidores das obrigações, esse elemento é explicado, pois os valores são substancialmente muito aproximados.

Na verdade, provisão e reserva não são iguais, embora tenham o mesmo fundamento.

A provisão é o valor que deve ser contabilizado para fazer frente a uma obrigação já assumida e incorrida pela companhia. Ela tem como objetivo trazer o fluxo contábil para o regime de competência, fazendo com que a obrigação seja contabilizada quando da sua ocorrência e não quando ela é liquidada, pois senão essa obrigação seria tratada segundo o regime de caixa. (MOURAD *et al.* 2010).

Reservas são os recursos marcados para garantia das provisões contábeis, composta por títulos mobiliários, ativos imóveis e outros bens com cotação de mercado que, se vendidos, podem liquidar a obrigação a que se refere a provisão.

Assim, os planos de saúde, ao longo dos anos e antes de um regime robusto de regulamentação, tinham a contabilidade baseada no regime de caixa e agora estão sendo obrigados pela ANS a migrar a contabilidade para o regime da competência, embora essa mudança tenha sido muito mais lenta que o que seria recomendável, pois as operadoras tiveram a possibilidade de fracionarem a constituição das provisões técnicas durante um período de vários anos. (MOURAD *et al.* 2010).

Ainda segundo Mourad *et al.* (2010), isso se deve basicamente à insuficiência de resultados (ou uma margem positiva da intermediação de seus negócios) demonstrada nos balanços da maioria das operadoras de saúde nos últimos anos. Como esse setor nasceu e floresceu na época da hiperinflação, seu crescimento foi fomentado basicamente pela antecipação das receitas pelo cliente e diferimento das despesas de pagamento da rede credenciada e despesas diretas na rede própria. Em grande parte, essa prática fez com que um grande número de operadoras sobrevivesse sem a existência de controles internos eficazes e

sem um sistema de precificação correto. Porém, com a estabilização da economia e o fim dos ganhos fáceis no mercado financeiro, as operadoras perderam sua melhor fonte de receita, sendo que grande parte delas fechou ou foi incorporada por uma outra operadora maior ou por grandes conglomerados financeiros.

As provisões técnicas representam valores que as OPS mantêm como garantias para o cumprimento de suas obrigações futuras e devem ser lastreadas por ativos garantidores. (RODRIGUES; MARTINS, 2010).

Segundo Ferreira e Mano (2009), as Provisões Técnicas são valores constituídos pelas empresas ou organizações cujo produto é o risco.

Ferreira e Mano (2009) afirmam que as provisões técnicas são um instrumento fundamental na gestão de empresas que assumem riscos, como seguradoras e resseguradoras, por exemplo. Se as provisões estiverem superdimensionadas, elas comprometem a distribuição de lucros da empresa. Por outro lado, se estiverem subdimensionadas, elas podem conduzir à insolvência da empresa.

As provisões técnicas são de forma obrigatória formada pela operadora objetivando assegurar as suas operações, caracterizando uma obrigação potencial da operadora junto aos seus consumidores, e desta forma, contabilizadas dentro do passivo da operadora. As provisões são lastreadas por meio da utilização de recursos ou ativos garantidores e que possuem um valor igual ou mesmo superior ao valor mensurado nas provisões. Desta forma, a RN n° 67, de 4 de fevereiro de 2004, regulou a aplicação dos ativos garantidores das provisões técnicas, buscando alcançar segurança, rentabilidade e liquidez, sendo que uma mensuração adequada das provisões técnicas se torna essencial para a solvência da OPS. (SALLES, 2004).

As provisões técnicas podem ser classificadas como técnicas legais ou técnicas realistas. Ao contrário de provisões legais, que sempre consideram premissas e métodos predefinidos pelos órgãos reguladores, provisões realistas são calculadas a partir de premissas atualizadas e com as metodologias mais apropriadas à realidade do produto de seguro. Caso a provisão realista seja superior à provisão legal, a diferença deve ser alocada como uma Provisão de Insuficiência de Prêmios (PIP). (MANO; FERREIRA, 2009).

Do ponto de vista estritamente contábil, as normas para orientação e disciplinamento da constituição de provisões asseguradoras do registro correto da justa obrigação atuarial foram definidas pelo *International Accounting Standards Board* (IASB). A partir desta definição, foram criados padrões contábeis consubstanciados no *International*



*Financial Reporting Standards (IFRS)*. O padrão destinado a registros de contratos de seguros é o IFRS 4 – *Insurance Contracts*, editado em julho de 2003.

No Brasil, o CFC editou NBC TG 11 (R1) - Contratos de Seguros, recepcionando o CPC nº 11/2008, que define que as demonstrações contábeis das seguradoras devem identificar e explicar os valores resultantes do contrato de seguro, no sentido de permitir que os usuários dessas demonstrações compreendam o valor, a tempestividade e a incerteza de fluxos de caixa futuros, originados desses contratos.

A NBC TG 11 (R1) considera que qualquer entidade que emita contrato de seguro como seguradora é considerada seguradora para fins legais ou de supervisão, alcançando, assim, todas as Operadoras de Planos de Saúde. As seguradoras devem avaliar, a cada data de balanço, se seu passivo por contrato de seguro está adequado, utilizando os fluxos de caixa futuros de seus contratos de seguro. Se a avaliação mostrar que o valor do passivo por contrato de seguro está inadequado à luz dos fluxos de caixa futuros estimados, a deficiência deve ser reconhecida em seu resultado, por meio do reforço das provisões técnicas realistas adequadas.

Dentro da realidade de regulação econômico-financeira do mercado, as OPSs foram obrigadas à constituição de provisões técnicas, objetivando assegurar a continuidade da prestação de serviços dos planos e que foram contratados aos seus beneficiários. A edição da RN nº 160/2007, alterada pela RN nº 209/2009, proporcionou um novo regramento para a formação das provisões técnicas, em seu art. 12:

Art. 12º - As OPS deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes provisões técnicas: I - Provisão de Risco, para garantia da parcela das contraprestações cuja vigência do risco ainda não tenha findado; II - Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações pecuniárias referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes; III - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA, estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela OPS; IV – Outras provisões técnicas que a OPS julgue necessárias visando a manutenção de seu equilíbrio econômico-financeiro desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões (NTAP) e aprovadas previamente pela Diretoria de Normas e Habilitação da Operadora (DIOPE), sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva aprovação. [...]. (ANS, 2007c).

É importante salientar que, no momento da constituição das provisões técnicas, as contrapartidas dessas contas de passivo são efetuadas em contas de resultado. Por esse motivo, os valores provenientes da constituição das provisões técnicas também causam impactos, em primeiro lugar, nos resultados apurados (lucros e prejuízos) pelas OPS e, em segundo lugar, no patrimônio líquido reportador após a transferência desses resultados.

### 2.5.2.1 Evolução histórica da legislação aplicável às provisões técnicas em OPS

A ANS, por meio da Resolução Normativa nº 209/2009, em sua função de garantir registro e divulgação das obrigações futuras de prestação de atendimento médico, estabeleceu critérios de constituição de provisões técnicas, cujas estimativas podem ser efetuadas por metodologia própria com anuência da ANS, considerados assim, as provisões realistas ou por padrões estabelecidos pela Agência.

No seu artigo 9º, destaca-se a obrigatoriedade das Operadoras de Planos de Saúde constituírem como provisão:

- a) provisão de eventos/sinistros a liquidar – PEL;
- b) provisão para eventos/sinistros ocorridos e não avisados – PEONA,
- c) provisão para remissão;
- d) provisão para prêmios ou contribuições não ganhas - PPCNG; e
- e) provisões técnicas.

Como entidade responsável pelo controle e fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde no Brasil, a ANS requer das operadoras o cumprimento de um conjunto de exigências, chamadas Garantias Financeiras.

Conforme previsto na RN nº 209, as garantias financeiras deverão observar dois pontos importantes, a saber: manutenção de recursos próprios mínimos e a constituição de provisões técnicas, ambos visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e a minimização dos riscos de insolvência da operadora, o que, na prática, significa maior segurança para os beneficiários.

No que diz respeito aos recursos próprios mínimos, denominação dada às regras relacionadas ao Patrimônio da Operadora, é necessário que a operadora observe as seguintes situações, adotando o maior valor entre eles para fins de apuração do patrimônio mínimo necessário:

- a) PMA - Patrimônio Mínimo Ajustado é, basicamente, uma regra para o início de operação e representa o valor mínimo do Patrimônio que a operadora deve manter de acordo com algumas de suas características. O valor tido como mínimo necessário, nesse caso, não leva em consideração a quantidade de beneficiários que a operadora possui, pois refere-se a uma regra inicial. O valor de Patrimônio que a operadora deve possuir baseia-se na aplicação de um determinado fator, sobre um capital base, ambos definidos pela ANS;

b) MS - Margem de Solvência é uma regra financeira prudencial com foco na capitalização da operadora e, diferente do PMA, leva em consideração o volume de operação, apresentando, portanto, valores proporcionais ao porte de cada operadora. O valor que a operadora deve possuir em seu Patrimônio baseia-se em suas receitas e despesas, de modo que, quanto maior a operadora, maior deve ser seu Patrimônio. Para definição deste valor, a operadora deve seguir o maior resultado entre as duas operações: 20% da soma dos últimos doze meses de receita; ou 33% da média anual dos últimos trinta e seis meses de despesa.

A Resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), nº 120/2004, revogada pela Resolução CNSP nº 162/2006, estabelece que as provisões técnicas são divididas em comprometidas e não comprometidas. As primeiras referem-se aos sinistros avisados e não pagos, englobando os prêmios não ganhos e os sinistros ocorridos, mas ainda não pagos; as segundas correspondem em geral aos sinistros não avisados.

No que diz respeito ao mercado segurador no Brasil, este é normatizado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) criado pelo Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, diploma que institucionalizou, também, o Sistema Nacional de Seguros Privados. O CNSP é o órgão máximo do sistema, normatizando-o e fixando diretrizes a serem seguidas por todas as seguradoras. Além do CNSP, foi criada a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) através do Decreto-Lei Nº 73, de 21 de novembro de 1966, que tem por finalidade atuar como órgão executivo, fiscalizador e regulamentador do sistema.

Com relação às normas contábeis específicas para as seguradoras, as mesmas estão subordinadas à Lei nº 6.404/1976, alterada pela Lei nº 11.638/2007 e pela Lei nº 11.941/2009, como norma geral, pois podem ter a forma de Sociedades Anônimas, além da Circular nº 430 da SUSEP, que dispõe sobre as Normas Contábeis a serem observadas pelas entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização, sociedades seguradoras e resseguradores locais.

Além dessa regulamentação, têm-se ainda os pronunciamentos técnicos do CPC nº 09/2008, que trata sobre a Demonstração do Valor Adicionado – DVA, onde propõe um modelo para a elaboração da DVA para companhias seguradoras e o CPC 11/2008, que trata de contrato de seguros, sendo o segundo, foco dessa investigação.

O CPC nº 11/2008 tem por objetivo especificar o reconhecimento contábil para contratos de seguro, dispondo sobre o aprofundamento das questões conceituais e práticas relevantes.

### 2.5.2.2 Classificação das provisões técnicas

As provisões técnicas, segundo as definições contidas na RN nº 209/2009, dispõem sobre os critérios de manutenção de recursos próprios mínimos e constituição das provisões técnicas a serem observadas pelas OPS, dentre as quais podemos destacar a Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, a Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados, Provisão para Remissão, Provisão para Prêmios ou Contribuições não Ganhas (PPCNG), conhecida como Provisão para Insuficiência de Prêmio e outras Provisões Técnicas necessárias à manutenção e equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciada em Nota Técnica Atuarial de Provisões (NTAP) e aprovada pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização:

- a) provisão de eventos/sinistros a liquidar: a provisão de eventos/sinistros a liquidar (PEL) é constituída para fazer frente aos valores a pagar por eventos/sinistros avisados até a data base de cálculo, de acordo com a responsabilidade retida pela OPS.

As provisões de sinistros podem ser classificadas em dois grandes grupos, um relativo aos sinistros conhecidos e outros aos desconhecidos. A respeito dos sinistros conhecidos, ou seja, aqueles que foram avisados a OPS, referem-se à Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar.

Define a RN nº 209, de 2009, em seu art. 15:

Art. 15. A Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar deverá ser constituída para fazer frente aos valores a pagar por eventos/sinistros avisados até a data base de cálculo, de acordo com a responsabilidade retida pela OPS, observados os seguintes critérios:

I - o registro contábil dos eventos/sinistros a liquidar deverá ser realizado pelo valor integral cobrado pelo prestador ou apresentado pelo beneficiário, no primeiro momento da identificação da ocorrência da despesa médica, independente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de intermediação da transmissão, direta ou indiretamente por meio de terceiros, ou da análise preliminar das despesas médicas; e

II - a identificação da ocorrência da despesa médica será entendida como qualquer tipo de comunicação estabelecida entre o prestador ou beneficiário e a própria operadora ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas à operadora, que evidencie a realização de procedimento assistencial a beneficiário da operadora (BRASIL,2009c).

Nas OPS, o processo de regulação e liquidação de sinistros é bastante trabalhoso e demorado, assim sendo, atento a convenção contábil da prudência e do conservadorismo, o normativo definiu que a OPS deve constituir provisão para liquidar a integralidade dos valores dos sinistros desde o seu aviso, não

sendo aceito nenhum tipo de postergação de prazo para o reconhecimento desta obrigação. Diferente do mercado segurador em geral, a ANS não reconhece esta provisão como objeto de estudos atuariais, não sendo assim permitido o emprego de métodos estocásticos para a estimativa destes montantes.

- b) provisão para eventos/sinistros ocorridos e não avisados: é constituída após uma estimativa atuarial para fazer frente ao pagamento de eventos/sinistros que já tenham incorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela OPS. A provisão deverá ser dimensionada atuarialmente em função do montante esperado de eventos ocorridos em riscos assumidos na carteira e não avisados até a data-base das demonstrações financeiras. Cada operadora poderá utilizar o método que considere mais adequado para o cálculo, devendo encaminhar Nota Técnica à ANS com a descrição para aprovação, que deverá ser anterior à sua aplicação. Enquanto não estiver aprovada a metodologia da operadora, a ANS determina a utilização de metodologia simplificada. (MOURAD *et al.* 2010).

A realidade operacional de uma OPS pressupõe que sempre poderá existir um atraso entre a data que o beneficiário foi atendido (ocorrência do sinistro) e a data que a OPS é efetivamente notificada sobre a existência deste atendimento (aviso do sinistro). Assim sendo, a fim de representar os gastos futuros com esses sinistros ainda desconhecidos, utiliza-se a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados, também conhecida como PEONA.

Na RN nº 209, de 2009, em seu art. 16, estabelece que:

Art. 16. Ressalvado o disposto nos arts. 16-A, 16-B e 16-C, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, as OPS deverão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores: (Redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011)

I – 9,5% (nove vírgula cinco por cento) do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido, exceto aquelas referentes às contraprestações odontológicas; e

II – 12% (doze por cento) do total de eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses, exceto aqueles referentes às despesas odontológicas.

§ 1º Os incisos I e II deste artigo, no que tange a exclusão das contraprestações/prêmios odontológicos, não se aplicam às SES.

§ 2º Para as OPS com menos de 12 (doze) meses de operação, os valores previstos nos incisos I e II deste artigo, deverão ser calculados considerando o total de meses de atividade.

§ 3º Caso os valores estimados pela metodologia de cálculo da PEONA, definida em NTAP, apresentem constantes disparidades em relação aos eventos/sinistros efetivamente observados ao longo do tempo, a DIOPE poderá determinar a mudança da metodologia.

§4º A OPS que desejar alterar a metodologia de cálculo constante de NTAP aprovada deverá enviar nova NTAP com a metodologia que considere mais adequada, bem como justificativa técnica para tal mudança, mantendo o cálculo utilizado anteriormente até a aprovação da nova NTAP (BRASIL 2009c).

- c) provisão para remissão: tem a finalidade de garantir as obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão de contraprestações pecuniárias, referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes. (MATIAS, 2009).

Determina a RN nº 209, de 2009 que:

Art. 18. As OPS que apresentaram Nota Técnica de Registro de Produto contemplando metodologia de cálculo da Provisão para Remissão ou que já tenham enviado a referida NTAP ficam dispensadas do encaminhamento de nova NTAP para Remissão de que trata o artigo 9º desta Resolução.

Art. 19. A Provisão para Remissão deverá ser constituída integralmente no mês de competência do fato gerador do benefício previsto contratualmente, devendo ser suficiente para a garantia da assistência à saúde durante todo o prazo restante do benefício.

Parágrafo Único. A constituição de Provisão para Remissão será de obrigatoriedade da OPS que assumir a responsabilidade pela cobertura dos riscos dos beneficiários remidos nas condições contratuais pactuadas (BRASIL, 2009c).

- d) provisão para insuficiência de prêmios – PIP: representa a necessidade de adequação dos prêmios a serem apropriados em função da expectativa de sinistros com provisão de pagamentos prováveis.

A PIP deve ser constituída se for constatada insuficiência de receitas para a cobertura dos sinistros a ocorrer, considerando o valor esperado de indenizações e despesas relacionadas, ao longo dos prazos a decorrer aos riscos vigentes na data-base de cálculo. (MOURAD *et al.* 2010).

Segundo Mourad *et al.* (2010), a provisão de insuficiência de fundos tem por finalidade manter uma provisão adequada que suporte a insuficiência futura projetada de uma carteira de planos de saúde. A constituição da provisão é necessária quando a operadora possui uma ou mais carteiras para as quais as contraprestações, inicialmente negociadas, não são suficientes frente aos custos com evento e demais despesas associadas.

Para o mercado segurador em geral, a PIP é constituída quando constada insuficiência da Provisão de Prêmios Não Ganhos – PPNG para a cobertura dos sinistros a ocorrer, considerando indenizações e despesas relacionadas ao longo dos prazos a decorrer, referentes aos riscos vigentes na data base de cálculo.

Define a RN nº 206, de 2009 em seu art. 1º:

... As contraprestações e prêmios provenientes das operações de planos privados de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido devem ser obrigatoriamente apropriadas pelo valor correspondente ao rateio diário – *pro rata dia* – do período de cobertura individual de cada contrato, a partir do primeiro dia de cobertura.

§ 1º Revogado.

§ 2º Os saldos registrados no passivo circulante referente à Provisão de Risco ou à Provisão de Prêmios Não Ganhos – PPNG, previstos na regulamentação vigente, deverão ser, em janeiro de 2010, revestidos em sua totalidade a crédito da conta de resultado variação de provisões técnicas. (BRASIL, 2009b).

Segundo ainda Mourad *et al.* (2010), aplicação da mensuração da provisão de insuficiência de fundos se dá pelo menos duas metodologias diferentes para sua apuração:

– contábil: consiste em avaliar cada carteira ou ramos de negócios de acordo com o resultado global destes, conforme demonstrado na equação abaixo:

$$PIP = \text{Contraprestações} + \text{Outras Receitas} - \text{Custo Eventos} - \text{Despesas} - \Delta PPNG$$

– atuarial: dimensionada através do uso da projeção dos fluxos de caixa esperados para essa carteira, pela duração dos riscos.

A metodologia chamada de projeção de fluxo de caixa é utilizada para diversas situações. No entanto, cada vez que esta é utilizada, refere-se a modelos com diferentes características e complexidades, nos quais são inseridas ou excluídas variáveis, com diversos níveis de importância. Observa-se que na construção do modelo deve levar em consideração as regras de cada plano modelado. Para a projeção da PIP faz-se necessária a projeção das carteiras até a sua extinção, o que é particularmente mais importante nas carteiras de planos individuais. Deve ainda observar as seguintes premissas para mensuração da PIP:

- a) definição da forma de projeção: mensal, anual, trimestral, outra;
- b) tabelas de reenquadramento das contraprestações;
- c) taxas de reajuste das contraprestações;
- d) custo médio por exposto, por idade ou faixa etária;

- e) taxa de crescimento real dos custos médios ao longo do tempo;
- f) despesas relacionadas ao pagamento dos eventos;
- g) taxas de cancelamentos;
- h) taxas de mortalidade dos beneficiários;
- i) taxa anual de aumento real da sobrevivência da população;
- j) taxa de desconto a valor presente

Portanto, a projeção da insuficiência deve ser feita contrato a contrato e o valor da PIP será o valor da soma das insuficiências de cada contrato. (MOURAD *et al.* 2010).

Desse modo, as provisões técnicas visam a garantir a solvência das companhias, oferecendo mais garantias para os compromissos assumidos pela seguradora.

Elucidadas as principais questões teóricas e conceituais, bem como as bases legais que regulam as operadoras de planos de saúde, demonstraremos a seguir as chaves de leituras necessárias para aferir como se dá o comportamento dos ativos garantidores em relação a constituição das provisões técnicas.



### **3 METODOLOGIA**

O presente capítulo evidencia os procedimentos que foram utilizados de forma sistemática para alcance dos objetivos do estudo.

#### **3.1 Caracterização da pesquisa**

Quanto aos objetivos do trabalho, a presente pesquisa classifica-se como descritiva. Gil (2010) ensina que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Já Vergara (2014) afirma que a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

Quanto à forma de abordagem do problema, a presente pesquisa é quantitativa. Marconi e Lakatos (2008) afirmam que no método quantitativo, os estudos valem-se de uma amostra ampla de informações numéricas, empregando técnicas estatísticas no tratamento dos dados. Martins e Theóphilo (2009) indicam que durante o processo de construção de um trabalho científico, o pesquisador, dependendo da natureza das informações, dos dados e das evidências levantadas, poderá empreender uma avaliação quantitativa, isto é: organizar, sumarizar, caracterizar e interpretar os dados através da aplicação de métodos e técnicas da Estatística.

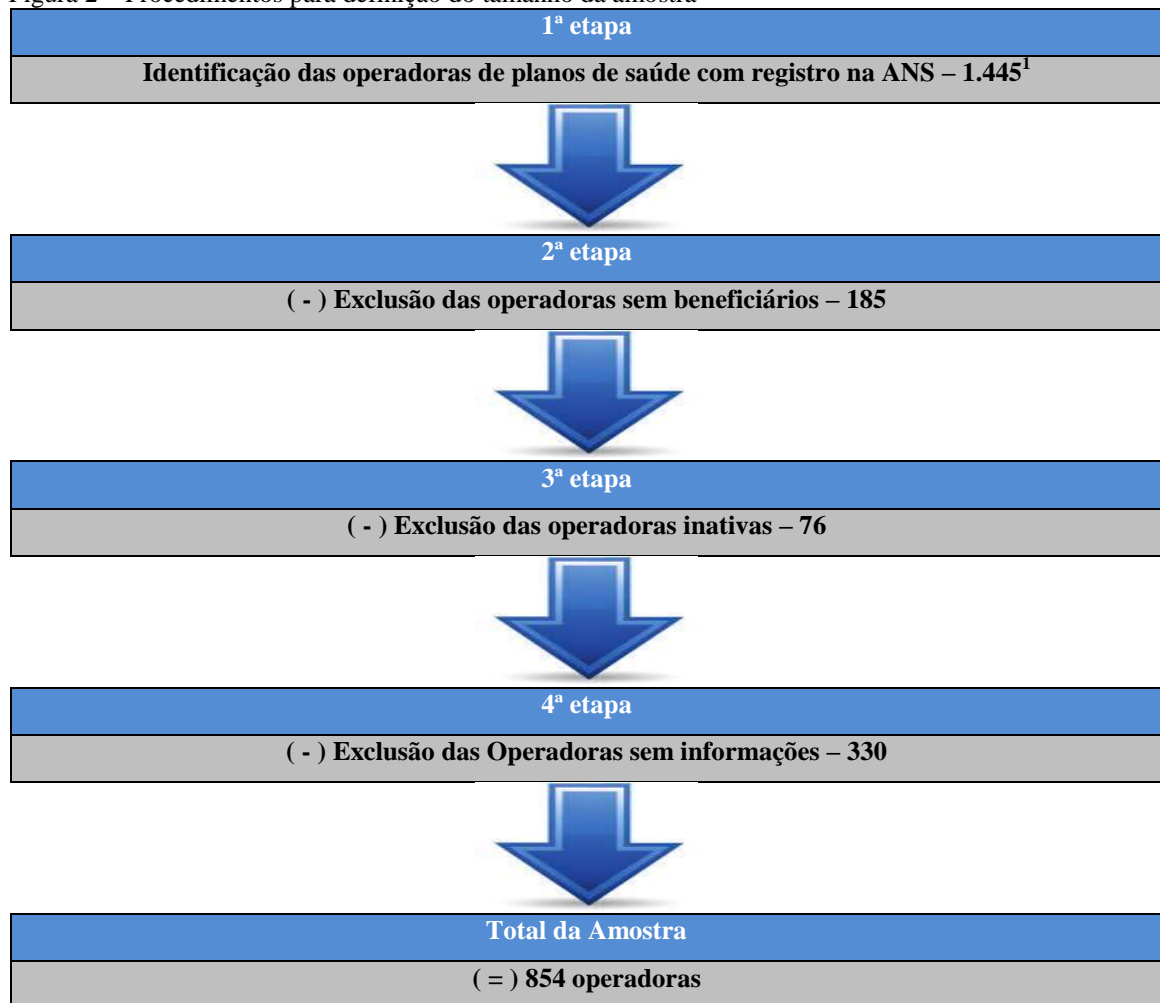
Para a coleta de dados, as informações que foram reunidas para a pesquisa partiram das fontes bibliográficas, de forma a criar uma revisão de literatura ou marco teórico referente ao Mercado de Saúde Suplementar Brasileiro e a estrutura das Operadoras de Planos de Saúde (OPS). O tratamento dos dados segue demonstrado e desenvolvido, justificando por quê tal tratamento é adequado aos propósitos do estudo. A pesquisa alcançou seus objetivos por meio da reunião, tratamento e interpretação sistemática e lógica dos dados, onde se estabeleceu uma vinculação entre os objetivos e as formas como foram atingidos. Portanto, após a sua coleta bibliográfica, os dados foram utilizados para confeccionar o marco teórico desta pesquisa. (VERGARA, 2014).

### 3.2 População e amostra do estudo

Entende-se por população o conjunto de empresas que possuem as características objeto do estudo. A amostra representa uma parcela do universo ou população selecionada de acordo com critérios de representatividade. (VERGARA, 2014).

Neste estudo, a população segue representada por 1.445 (mil quatrocentos e quarenta e cinco) operadoras de planos de saúde que têm registro na ANS, no triênio 2011 a 2013. Para a obtenção da amostra, buscou-se selecionar na população aquelas que disponibilizaram informações necessárias ao estudo. Assim, foram excluídas da população os seguintes casos: i) as operadoras sem beneficiários (185); ii) as operadoras inativas e/ou suspensas (76); e iii) as operadoras sem informação no triênio estudado (330). A Figura 2 mostra a decomposição da população para a obtenção da amostra.

Figura 2 – Procedimentos para definição do tamanho da amostra



Fonte: Elaborado pelo autor.

<sup>1</sup> Disponível no *sítio* da ANS no Caderno de Informação da Saúde Suplementar, edição Jun/2014. Dados referentes ao 1º trimestre de 2014.

A amostra deste estudo é não probabilística, por ser composta por acessibilidade e tipicidade. (VERGARA, 2014). Representada por 854 OPS, a amostra corresponde a 59,1% da população de 1.445 empresas, o que se constitui expressiva para o presente estudo.

### 3.3 Definição das variáveis de estudo

Para atender ao objetivo proposto, foram utilizados dados secundários coletados no *sitio* da ANS e mostrados na Tabela 1. Após a coleta, os dados foram dispostos em uma planilha do software *Microsoft Office Excel*, de maneira a possibilitar a sua compilação dos dados, conforme tabela 2.

Tabela 1 – Dados coletados

<b>Dados da pesquisa</b>	<b>Siglas</b>
1. Ano referência	-
2. Operadora – número	-
3. Modalidade	-
4. Situação	-
5. Contraprestações efetivas	CPE
6. Eventos indenizáveis líquidos	EIL
7. Resultado operacional	RO
8. Resultado líquido	RL
9. Ativo total	AT
10. Patrimônio Líquido	PL
11. Ativos Garantidores	AG
12. Provisões técnicas	PT

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Além dos dados mostrados na Tabela 1, utilizaram-se também indicadores econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde, calculados pelo pesquisador. Assim, a Tabela 2 mostra as variáveis selecionadas para o presente estudo, as quais serviram de base para a análise do teste de média entre os grupos das operadoras com e sem suficiência de ativos garantidores.

Tabela 2 – Variáveis do estudo

<b>Variáveis</b>	<b>SIGLA</b>	<b>Variável Coletada</b>	<b>Variável calculada</b>
1. Contraprestações Efetivas	CPE	X	-
2. Eventos Indenizáveis Líquidos	EIL	X	-
3. Ativos Garantidores	AG	X	-
4. Provisões Técnicas	PT	X	-
5. Taxa de Retorno sobre o Ativo Total	ROA	-	X
6. Taxa de Retorno sobre o Patrimônio Líquido	ROE	-	X
7. Margem do Lucro Operacional	MLO	-	X
8. Margem do Lucro Líquido	MLL	-	X

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Cabe destacar que as contraprestações efetivas representam as mensalidades pagas pelos beneficiários, classificadas como receita operacional e os eventos indenizáveis líquidos representam a sinistralidade, classificados como despesa operacional.

Para a realização da análise descritiva do estudo e alcance dos objetivos, estabeleceu a relação dos ativos garantidores e as provisões técnicas (AG/PT) para identificar o comprometimento dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas e a diferença entre os ativos garantidores e as provisões técnicas (AG – PT) para identificar as OPS com e sem suficiência de ativos garantidores.

Em seguida, foram calculados os indicadores financeiros de rentabilidade contidos na tabela 2 para o exercício de 2011 a 2013. Assim, espera-se analisar as modalidades de operadoras (administração de benefícios, cooperativas médicas, cooperativa odontológica, filantropia, seguradora especializada em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo), a partir da mensuração dos indicadores econômicos e financeiros, através de testes univariados (média, variância, distribuição).

Será considerado ainda no estudo, após a tabulação dos dados, teste de médias entre as variáveis de estudo e os indicadores de rentabilidade para as operadoras com e sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas, para identificar se as operadoras com e sem suficiência de ativos garantidores são estatisticamente diferentes.

Quanto aos indicadores financeiros, a decisão de se trabalhar somente com os indicadores de rentabilidade é defendida pela relação das variáveis que compõem esses indicadores com a relação dos resultados a serem verificados na análise descritiva das operadoras com e sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas.

Assim, é possível avaliar o desempenho global de um empreendimento através do estudo das taxas de retorno. Esta análise busca a identificação do retorno sobre o investimento total, o retorno sobre as vendas e o retorno sobre o capital próprio. Portanto, uma avaliação não apenas de produtividade, mas, sobretudo, da lucratividade do negócio. (SILVA 2014).

Para evitar valores extremos (*outliers*), alguns dados foram “winsorizados” no percentil 1% e 99%. Consiste em repetir o último valor do percentil 1% para todas as observações abaixo deste percentil e repetir o último valor do percentil 99% para todas as observações acima deste percentil, eliminando os *outliers*. (WINSOR, 1946).

Após o levantamento dos dados, foram realizadas técnicas de estatísticas descritivas, as quais possibilitaram uma análise geral acerca das variáveis estudadas, e posteriormente para o teste da hipótese desta pesquisa – o comprometimento dos ativos garantidores com e sem suficiência, sendo utilizado coeficiente de correlação de Pearson.

Os dados coletados na pesquisa foram processados com a utilização do *software SPSS*. Os resultados da estatística descritiva e da correlação de Pearson são apresentados e analisados a seguir.

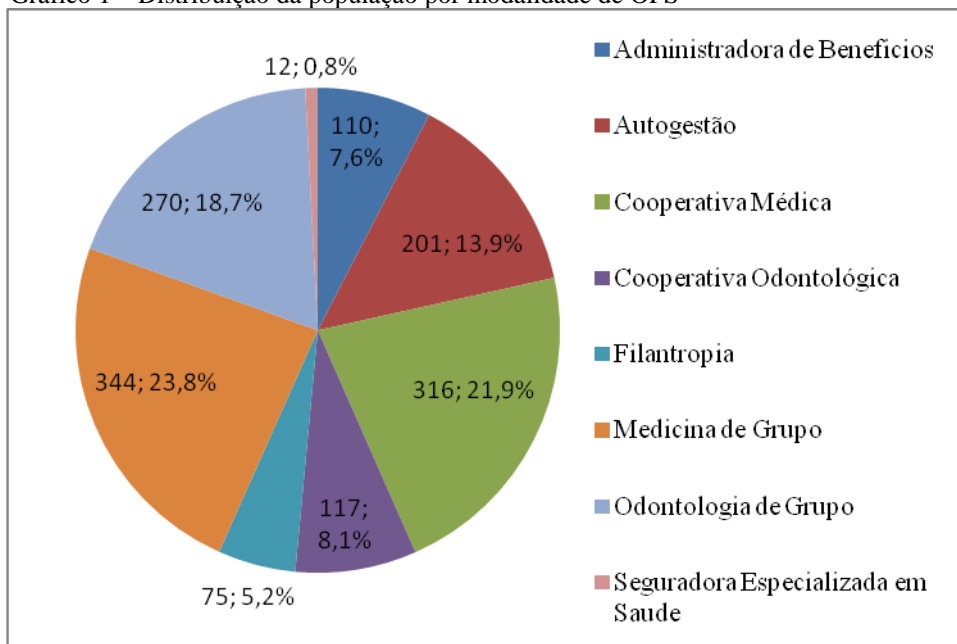
## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A presente análise dos resultados foi conduzida de forma conjunta e segmentada, levando-se em conta o aspecto evolutivo dos dados da análise, bem como os grupos objeto da análise central do estudo, quais sejam: as OPS com e sem suficiência de ativos garantidores.

### 4.1 Análise descritiva da população e amostra

A população da pesquisa composta pelas operadoras em atividade e com registro de beneficiários é composta pelas OPS, num total de 1.445, conforme dados divulgados no Caderno de Informações de Saúde Suplementar (ANS, 2014), distribuídas por modalidades, conforme demonstra o gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição da população por modalidade de OPS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

A distribuição da população concentra-se basicamente em quatro modalidades, quais sejam: operadoras na modalidade de medicina de grupo representando 23,8%; as operadoras na modalidade de cooperativas médica representando 21,9%; as operadoras na modalidade de odontologia de grupo representando 18,7% e as operadoras na modalidade de autogestão representando 13,9%. As demais modalidades estão distribuídas a 21,7 da população.

Selecionada a amostra, chegando-se a um total de 854 operadoras (59,1% da população), apresenta-se na tabela 3 a distribuição da amostra por modalidade de OPS.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por modalidade de OPS

Modalidade da operadora	Qde	%
Administradora de benefícios	25	2,9%
Autogestão	145	17,0%
Cooperativa médica	276	32,3%
Cooperativa odontológica	72	8,4%
Filantropia	49	5,7%
Medicina de grupo	217	25,4%
Odontologia de grupo	68	8,0%
Seguradora especializada em saúde	2	0,2%
<b>Total de Operadoras</b>	<b>854</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com a Tabela 3, as modalidades mais representativas da amostra, são: as Cooperativas Médica com 32,3% das operadoras; as Medicina de Grupo com 25,4% das operadoras e as de Autogestão, com 17,0% das operadoras, o que representam, no conjunto das três modalidades, 74,7% da amostra.

#### 4.2 Análise das variáveis do estudo

A Tabela 4 apresenta os dados descritivos das variáveis numéricas consideradas nesta pesquisa conforme dispostos.

Tabela 4 – Análise descritiva do CPE, EIL, AG, PT, AT e PL da amostra de 2011 a 2013

	CPE	EIL	AG	PT	AT	PL
<b>Observações</b>	2.562	2.562	2.562	2.562	2.562	2.562
<b>Média</b>	227.550	156.186	40.825	23.456	121.664	51.749
<b>Desvio Padrão</b>	758.942	618.058	219.384	106.543	500.148	264.759
<b>Coefficiente de Variação (%)</b>	334	396	537	454	411	512
<b>Intervalo</b>	12.496.999	12.477.250	6.454.683	2.857.350	11.256.076	6.684.481
<b>Mínimo</b>	43	-5.037	3	0	246	-1.094.197
<b>Máximo</b>	12.497.042	12.472.213	6.454.686	2.857.350	11.256.322	5.590.284

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Conforme a Tabela 4, todas as variáveis apresentam-se muito dispersas, com coeficiente de variação acima de 334,0%. Dentre as variáveis analisadas, a variável “ativos garantidores” foi a que apresentou maior discrepância entre as empresas analisadas, como

comprova o coeficiente de variação de 537,0%. Esta dispersão sugere, quando oportuno, o uso de teste não paramétrico para comparação de médias.

Ainda na Tabela 4, observa-se que a média das receitas das empresas estudadas, representada pelas contraprestações efetivas, é de 227 milhões. Portanto, receitas de empresas de médio e grande porte, conforme classificação divulgada pelo BNDES<sup>2</sup>, considerando as receitas operacionais, aplicável a todos os setores da economia. Quanto aos eventos indenizáveis líquidos comparados com as contraprestações efetivas, a amostra indica que no período estudado, na média a sinistralidade representa 68,64%<sup>3</sup> das contraprestações efetivas. Com relação aos ativos garantidores, comparado com as provisões técnicas, na média as empresas se apresentam suficientes, pois os ativos garantidores são 1,7405<sup>4</sup> maiores que as provisões técnicas, representada pelas expectativas de desembolsos futuros.

Em relação ao ativo total, na média as empresas possuem um ativo de 121 milhões, o que demonstra que as mesmas se situam em um patamar de médio porte, conforme a Lei das Sociedades por Ações, com as alterações da 11.638/07<sup>5</sup>. Observa-se, ainda, existir uma elevada dispersão dos em torno da média, com o coeficiente de variação acima de 411,0%.

Em relação ao Patrimônio Líquido, depois dos Eventos Indenizáveis Líquidos, esse item foi que teve o segundo maior coeficiente de variação com 512,0%, além do que percebe que no intervalo mínimo existe uma indicação de operadoras com passível a descoberto, decorrente provavelmente de resultados negativos.

Tabela 5 – Análise descritiva do ROA, ROE, MLO e MLL da amostra de 2011 a 2013

	ROA	ROE	MLO	MLL
<b>Observações</b>	2.562	2.562	2.562	2.562
<b>Média</b>	5,09	-52,07	0,23	0,03
<b>Desvio Padrão</b>	117,80	2.913,08	1,62	0,67
<b>Coeficiente de Variação (%)</b>	2.312,65	-5.594,68	709,57	2.605,32
<b>Intervalo</b>	6.202,13	150.530,00	81,95	39,55
<b>Mínimo</b>	-346,58	-146.850,00	-79,81	-12,52
<b>Máximo</b>	5.855,55	3.680,00	2,13	27,03

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

<sup>2</sup> Classificação do porte de empresa adota pelo BNDES, classificada como média-grande empresa com receita operacional bruta maior que 90 milhões e menor ou igual a 300 milhões. Disponível em [http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes\\_pt/Institucional/Apoio\\_Financeiro/porte.html](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Apoio_Financeiro/porte.html) em 11/06/2015;

<sup>3</sup> O indicador percentual representa a participação da sinistralidade, dada pelos eventos indenizáveis líquidos sobre as contraprestações efetivas  $(156.186/227.550) \times 100 = 68,64\%$ ;

<sup>4</sup> A representação do indicador demonstra a capacidade dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas, dado pela divisão entre as variáveis  $(40.825/23.456) = 1,7405$ ;

<sup>5</sup> Conforme estabelece o parágrafo único do art. 3º, são consideradas de grande porte as sociedade ou conjunto de sociedade sob o controle comum que tiver, no exercício social anterior, ativo total superior a R\$ 240.000.000,00.



Na análise da Tabela 5, observa-se que a distribuição dos dados das variáveis de rentabilidade ROA e ROE são dispersas a níveis elevados, com intervalo de coeficiente de variação entre -5.594,68% e 2.312,65%, o que demonstra anormalidade da amostra.

Apesar da variabilidade, pode-se inferir que as empresas, na média, apresentam o indicador ROA com índice positivo com 5,09%, indicando que existe rentabilidade sobre os investimentos. Este indicador tem por objetivo medir a eficiência global da alta direção da empresa na geração de lucros sobre seus investimentos totais. (SILVA, 2014). Já o ROE apresenta-se na média, negativo em -52,07%, o que é considerado ruim na análise financeira sobre o retorno do patrimônio líquido. Quanto à análise desse indicador, Silva (2009) descreve que o seu resultado deve demonstrar o retorno que os acionistas ou quotistas da empresa estão obtendo em relação aos seus investimentos.

Com relação à margem líquida, os indicadores de rentabilidade se apresentaram na média em 0,23 (23%) e 0,03 (3%), indicado muito boa para a margem do lucro operacional e discreta para a margem lucro líquido para os indicadores estudados. As empresas que são mais lucrativas possuem margem líquida maiores. Entretanto, o resultado deve ser analisado em um contexto maior. Os parâmetros de margem líquida indicam que no período estudado a receita operacional decorrente das contraprestações efetivas foram superiores à sinistralidade do período relacionado com os eventos indenizáveis líquidos.

A margem líquida indica o potencial de geração de lucro líquido em relação às vendas, ou seja, o percentual de cada valor de venda que restou após a dedução de todas as despesas, inclusive com os impostos. Quanto maior a margem líquida da empresa, maior a performance e eficiência. (MATARAZZO, 2010).

Segundo Morozini *et al.* (2006) não existe um roteiro padronizado para uma análise econômico-financeira. É necessário a compreensão, função e do objetivo da análise, sendo que a mesma produza informações comprometidas com a continuidade e com o desenvolvimento da empresa.

A Tabela 6 tem por objetivo demonstrar se os Ativos Garantidores são capazes de suprir as Provisões Técnicas. Adicionalmente, analisa-se a diferença entre os Ativos Garantidores e as Provisões Técnicas para verificar se as OPS são ou não suficientes.

Tabela 6 – Análise descritiva AG/PT e AG – PT da amostra de 2011 a 2013

	AG / PT	AG – PT
<b>Observações</b>	2.562	2.562
<b>Média</b>	4,44	17.368,79
<b>Desvio Padrão</b>	28,65	207.989,40
<b>Coefficiente de Variação (%)</b>	644,60	1.197,49
<b>Intervalo</b>	1.114,30	8.325.525,00
<b>Mínimo</b>	0,00	-1.933.200,00
<b>Máximo</b>	1.114,30	6.392.325,00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 6 que as variáveis se apresentam dispersas, com coeficientes de variação de 644,60% e 1.197,45% para a razão e a soma algébrica dos ativos garantidores com relação às provisões técnicas, respectivamente. Verifica-se ainda, que, na média, as empresas se apresentam com suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas, com índices de 4,44, indicando fator de suficiência na amostra estudada, atendendo nessa análise o objetivo principal de que as operadoras são suficientes em relação às provisões técnicas. Na análise dos ativos garantidores menos as provisões técnicas, o estudo revela um valor positivo na média em 17,3 milhões, o que se constata, que mesmo numa amostra dispersa composta de operadora de grande, médio e pequeno porte, o resultado se mostra positivo.

Na Tabela 7, faz-se uma análise histórica, considerando o período 2011 a 2013, levando em consideração as variáveis da pesquisa.

Tabela 7 – Análise descritiva AG, PT, AG/PT e AG – PT da amostra de 2011 A 2013 por ano

ANO REFERÊNCIA	AG	PT	AG/PT	AG - PT
Observações	854	854	854	854
2011 Média	39.079,60	18.311,39	5,96	20.468,21
Coefficiente de Variação (%)	527,71	381,63	735,35	906,67
Observações	854	854	854	854
2012 Média	40.390,22	20.363,86	4,21	20.026,36
Coefficiente de Variação (%)	590,57	410,81	471,73	1.168,18
Observações	854	854	854	854
2013 Média	43.002,56	31.680,58	3,17	11.321,98
Coefficiente de Variação (%)	493,73	469,00	383,31	1.819,22
$\Delta\%$ da média do período 2011 - 2013	10,0	73,0	-46,8	-44,7

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

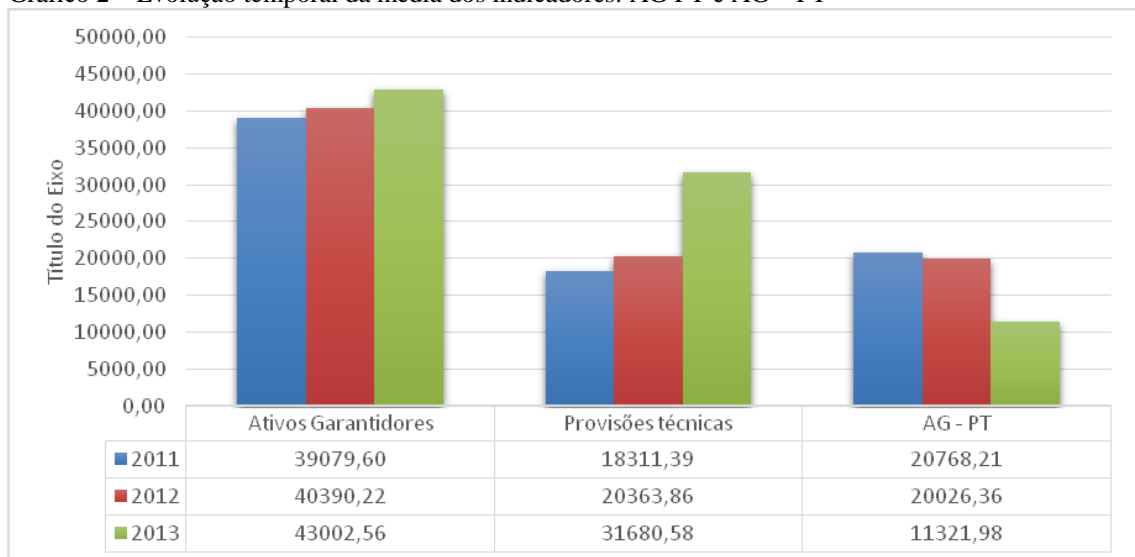
Baseado na Tabela 7, o período em que os ativos garantidores alcançaram seus índices médios mais elevados foi no exercício de 2013, com um aumento de 10,0% correspondente à variação percentual de 2013 em relação a 2011. Mesmo considerando um crescimento discreto, as operadoras se mantêm com suficiência de ativos garantidores, se comparado à relação AG/PT no ano de 2013.

Contraopondo o aumento verificado na média nos ativos garantidores, as provisões técnicas apresentaram em 2013 em relação a 2011 um significativo aumento na ordem de 73,0%, o que demonstra uma maior preocupação no atendimento dos normativos da ANS, quanto à constituição das provisões técnicas. Dessa forma, pode-se inferir que o aumento acentuado das provisões técnicas e o aumento discreto dos ativos garantidores demonstram que as operadoras não vêm acompanhando na relação direta o lastro dos ativos garantidores.

Observa-se ainda, que na relação AG/PT e AG – PT há uma involução no período de 2011 para 2013 de -46,8% e -44,7%, respectivamente, o que reforça o entendimento de que se os ativos garantidores não registrarem um crescimento proporcional em relação às provisões técnicas é porque existe uma tendência de que para períodos seguintes, possa haver uma inversão de suficiente para insuficiente.

No Gráfico 2, objetiva-se demonstrar o comportamento dos ativos garantidores e das provisões técnicas, assim como a relação entre as duas variáveis, no período estudado.

Gráfico 2 – Evolução temporal da média dos indicadores: AG PT e AG – PT



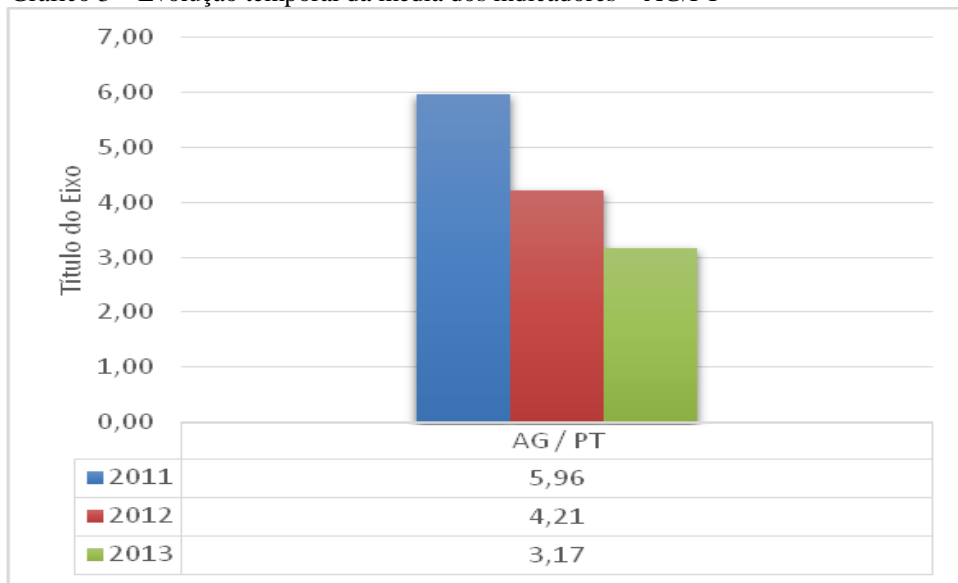
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Fazendo uma análise temporal das variáveis ativos garantidores, provisões técnicas e a diferença entre ambas, conforme demonstrado no Gráfico 2, verifica-se que as aplicações têm um crescimento moderado, conforme foi comentado na análise da Tabela 7, enquanto nas provisões técnicas, já apresenta um aumento bem significativo, na relação 2013 – 2011 na ordem de 73,0% conforme já demonstrado na Tabela 7. Já no item, ativos garantidores menos provisões técnicas, o resultado apresenta uma queda de 9,1 milhões, comparado 2011 com 2013, o que representa uma variação percentual de -44,6% (Tabela 7), o que inspira cuidado na análise, pois pode demonstrar que as OPS estão constituindo suas

provisões por métodos próprios e realistas ou demonstra uma preocupação quanto ao aumento das provisões técnicas sem o devido lastro, ocasionado pelos seguintes fatores: distribuição da população; envelhecimento da massa assistida; inclusão de novos procedimentos e avanço tecnológico da medicina, o que elava os custos operacionais das OPS.

O Gráfico 3, visa demonstrar o comportamento dos ativos garantidores em relação as provisões técnicas no período de análise.

Gráfico 3 – Evolução temporal da média dos indicadores – AG/PT



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Na análise do Gráfico 3, o índice de 5,96 em 2011 para 3,17 em 2013 indica uma situação preocupante no mercado de saúde brasileiro, quando entre outras conclusões já citadas, pode ainda inferir, o comprometimento dos ativos garantidores face às provisões técnicas, colabora com os fatores descritos na análise do Gráfico 2 no tocante à elevação da constituição de provisões técnicas decorrente da elevação do custo assistencial, com uma maior incidência de sinistralidade, ou seja, dos eventos indenizáveis líquidos.

A fim de alcançar o primeiro objetivo específico cujo escopo é investigar em saber em que medida as OPS comprometem seus ativos garantidores em razão da constituição das provisões técnicas, efetuou-se a análise de correlação das variáveis, visando o reconhecimento de relações entre as mesmas. A análise de correlação mais adequada é a análise de *Spearman*, tendo em vista a não normalidade dos dados. (FÁVERO et al, 2009). Tais resultados são dispostos na Tabela 8.

Tabela 8 – Matriz de correlação entre CPE, EIL, AG, PT, ROA, ROE, MLO e MLL

	CPE	EIL	AG	PT	ROA	ROE	MLO	MLL
CPE	1,000	979***	848***	921***	021	054***	-123***	-062***
EIL		1,000	836***	928***	-013	026	-247***	-094***
AG			1,000	,814***	,117***	,051***	-,124***	,101***
PT				1,000	-060***	019	-218***	-117***
ROA					1,000	,678***	,286***	,925***
ROE						1,000	,216***	,605***
MLO							1,000	,276***
MLL								1,000

\*Significante a nível 5%; \*\* Significante a nível 1%

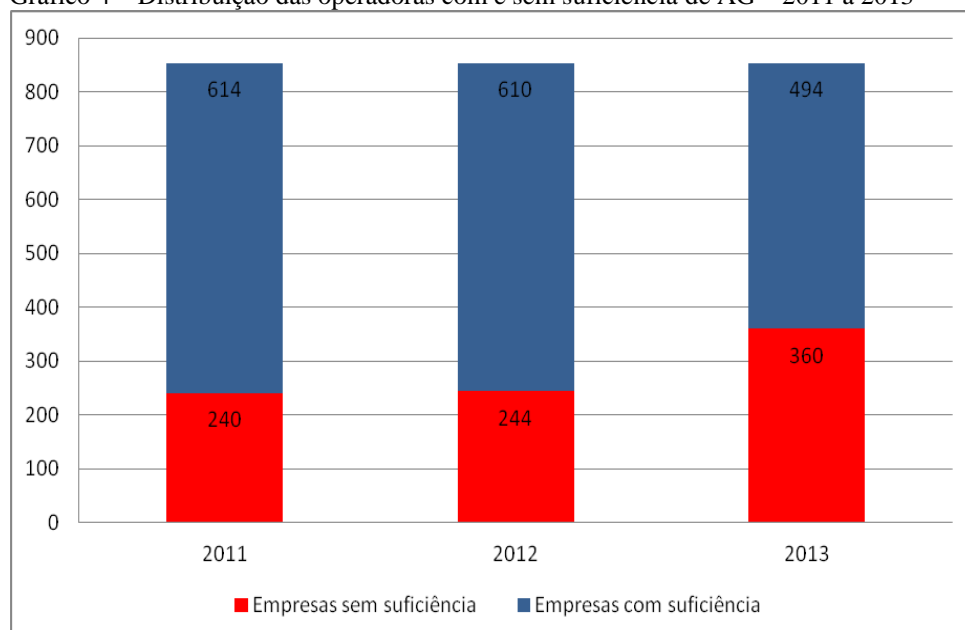
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Na análise da Tabela 8 é observada que as variáveis que não apresentaram correlações foram as contraprestações efetivas e eventos indenizáveis líquidos com o ROA. Em relação às demais variáveis, o estudo de correlação mostrou não haver relações de significância estatística, indicando que as variáveis não se relacionam.

#### 4.3 Análise comparativa das OPS com e sem suficiência de ativos garantidores

Para a análise comparativa das OPS com e sem suficiência de AG, foram classificadas no primeiro grupo aquelas em que  $AG > PT$  e no segundo grupo, aquelas em que  $AG < PT$ . O Gráfico 4 demonstra a distribuição das operadoras com e sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas.

Gráfico 4 – Distribuição das operadoras com e sem suficiência de AG – 2011 a 2013



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

A Tabela 9 mostra a representatividade do grupo das OPS com e sem suficiência de AG, no total da amostra, no triênio 2011 a 2013.

Tabela 9 – Distribuição percentual das operadoras com e sem suficiência de AG de 2011 a 2013, por ano

	Com suficiência	Sem ssuficiência
2011	71,9%	28,1%
2012	71,5%	28,5%
2013	57,8%	42,2%

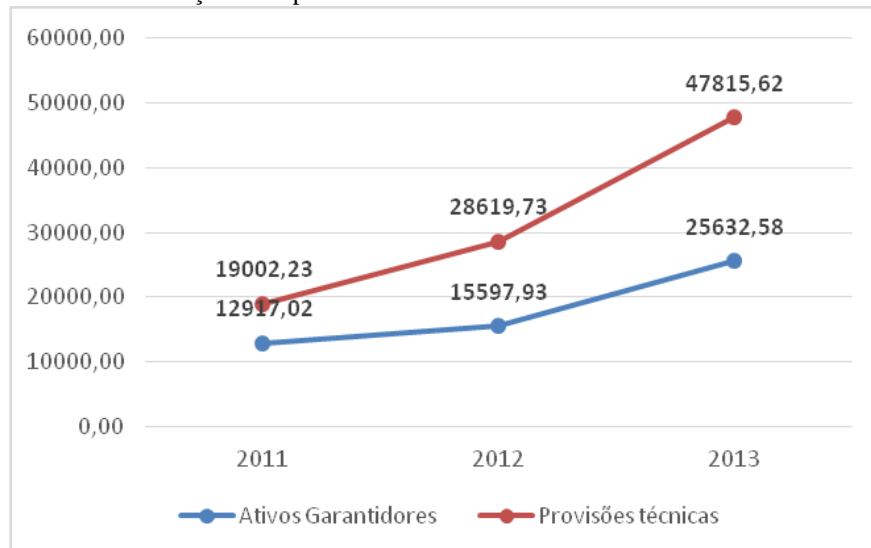
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

A análise do Gráfico 4, combinado com a Tabela 9, revela que as operadoras com suficiência de AG se mantêm em número superior àquelas sem suficiência. Inobstante a isso, observa-se uma involução das OPS com suficiência.

Entende-se com esses resultados, uma preocupação latente para o comprometimento dos ativos garantidores frente às provisões técnicas, o que insurge em possível insolvência de operadoras se não efetivamente constituir ativos garantidores maiores que as provisões evidenciadas.

O Gráfico 5 demonstra a evolução das operadoras sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas no período estudado.

Gráfico 5 – Evolução das operadoras sem suficiência de AG – 2011 a 2013



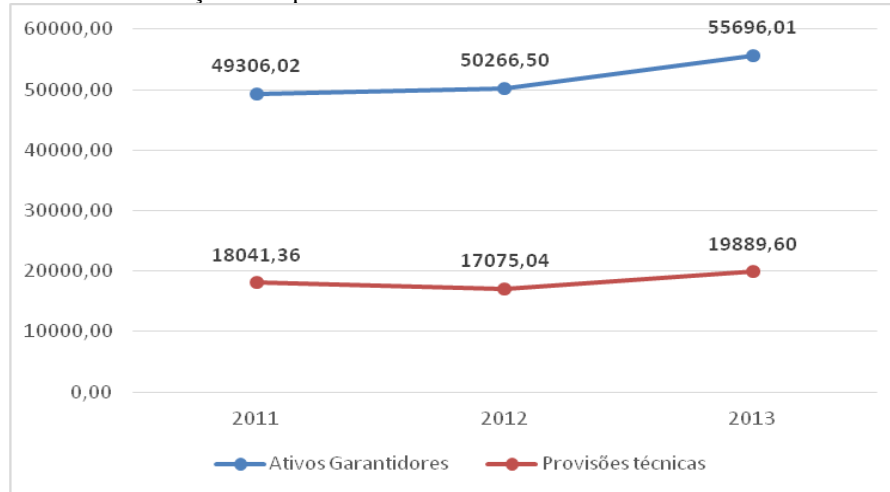
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

No Gráfico 5, observa-se estatisticamente que, na média, as provisões técnicas cresceram de 2011, que era de 19 milhões, para 47,8 milhões em 2013, apresentando uma

evolução de 151,63%, contrapondo o crescimento dos ativos garantidores que em 2011 era de 12,9 milhões para 25,6 milhões em 2013, apresentando uma evolução de 98,44%.

O Gráfico 6 demonstra a evolução das operadoras com suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas no período analisado.

Gráfico 6 – Evolução das operadoras com suficiência de AG – 2011 a 2013



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

No Gráfico 6, a análise das operadoras com suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas, observa-se estatisticamente que na média, os ativos garantidores tiveram uma evolução no período estudado, passando de 49,3 milhões em 2011 para 55,7 milhões em 2013, apresentando uma evolução de 12,96% no período. Já as provisões técnicas passaram de 18,0 milhões, em 2011, para 19,9 milhões em 2013, apresentando uma evolução de 10,24% no período. Observa-se ainda que o *gap* em valores relativos de 2013 entre as provisões técnicas e os ativos garantidores é de aproximadamente 178,62%, comparando somente o ano de 2013.

Nesse cenário, existe uma tendência de que as operadoras vêm aplicando os requisitos da ANS, disponibilizando recursos bem acima dos valores evidenciados nas demonstrações contábeis relativos às provisões técnicas.

Cabe agora identificar o comportamento médio dos ativos garantidores (AG), das provisões técnicas (PT), bem como da relação AG e PT e da diferença entre ambos. A Tabela 10, a seguir, traz a média destas variáveis, por grupo de OPS e por ano.

Tabela 10 – Análise comparativa do AG, PT, AG/PT e AG-PT, nas OPS com e sem suficiência de AG, por ano

Ano referência	Operadoras com Suficiência de AG				Operadoras sem Suficiência de AG				
	AG	PT	AG / PT	AG - PT	AG	PT	AG / PT	AG - PT	
2011	Qde OPS	614	614	614	614	240	240	240	240
	Média	49.306,02	18.041,36	8,04	31.264,66	12.917,02	19.002,23	0,61	-6.085,21
2012	Qde OPS	610	610	610	610	244	244	244	244
	Média	50.266,50	17.075,04	5,65	33.191,45	15.597,93	28.619,73	0,60	-13.021,80
2013	Qde OPS	494	494	494	494	360	360	360	360
	Média	55.696,01	19.889,60	5,04	35.806,42	25.632,59	47.815,62	0,60	-22.183,00
Δ% da média 2011-2013		13,0%	10,2%	37,3%	14,5%	98,4%	151,6%	-1,6%	-264,5%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Na análise da Tabela 10, ratifica-se ao que o estudo já vem demonstrando em que as OPS com suficiência de AG são superiores às OPS sem suficiência, tanto em quantidade como em valor. Na análise do cenário das OPS com suficiência, verifica-se um aumento discreto tanto nos ativos garantidores na ordem de 13,0%, quanto nas provisões técnicas na ordem de 10,2% na relação 2011 – 2013. No entanto, o cenário indica uma acentuada queda da razão entre os ativos garantidores e as provisões técnicas, quando em 2011 essa razão era de 8,04 e em 2013 de 5,04, representando uma involução de -37,3% no período.

Na relação da diferença entre os ativos garantidores e as provisões técnicas, observa-se que o resultado é da ordem de 35,8 milhões em 2013, o representou uma evolução da ordem de 14,5% no período.

Dado esse cenário, o estudo revela que as operadoras com suficiência, são substancialmente positivas, quando em 2013 para cada unidade de real comprometido com provisões técnicas, as operadoras dispõem de cinco unidade de real, atendendo o objetivo do estudo.

Ainda na análise da Tabela 10 o cenário das OPS sem suficiência é bastante preocupante para o mercado de planos de saúde, quando se verifica no período uma variação percentual nos ativos garantidores na ordem de 98,4% em 2013, em relação a 2011 e nas provisões técnicas de 151,6% em 2013, em relação a 2011 e ainda um aumento significativo desse grupo, quando em 2011 eram 240 OPS e em 2013 esse mesmo grupo era de 360 OPS. Diante desse cenário, pode-se afirmar que OPS sem suficiência em 2013 (360) representando mais de 40% da amostra, poderão vir a ter sérios problemas de geração de fluxo de caixa, com a conseqüente insolvência da operadora.



Na relação, a diferença entre os ativos garantidores e as provisões técnicas, observa-se que o déficit é da ordem de 22,2 milhões em 2013, o que representou uma evolução da ordem de 264,5% no período.

Na análise dos indicadores financeiros no período estudado, a Tabela 11 traz a evolução temporal da média, para o grupo de OPS com suficiência de AG.

Tabela 11 – Evolução temporal da média dos indicadores econômicos das OPS com suficiência de AG, de 2011 a 2013

ANO	ROA		ROE		MLO		MLL	
	Média	AV	Média	AV	Média	AV	Média	AV
2011	15,0	100%	21,5	100%	15,0	100%	2,0	100%
2012	5,9	-60,7%	15,6	-27,4%	28,0	86,7%	6,0	200%
2013	4,7	-68,7%	7,1	-67,0%	26,0	73,3%	7,0	250%

Fonte: Elabora própria com base nos dados da pesquisa.

Na análise da Tabela 11, nas variáveis de estudo percebe-se um comprometimento acentuado dos indicadores financeiros, tanto do ROA como do ROE de 2011 para 2013, quando o ROA apresentou uma involução de -68,7% e para o ROE uma involução de -67,0%, demonstrando no período estudado, um consumo de ativos garantidores para fazer face à sinistralidade. Já na MLO e na MLL, observa-se que o indicador teve um expressivo resultado em 2013 em relação a 2011, apresentando um acréscimo de 73,3% na MLO e 250% na MLL, mas considere que ambos indicadores, tem relação direta com a CPE, o que indica uma melhora substancial das receitas operacionais.

Na Tabela 12, demonstra-se a evolução temporal da média dos indicadores econômico-financeiros das OPS sem suficiência de AG para no período analisado.

Tabela 12 – Evolução temporal da média dos indicadores econômicos das OPS sem suficiência de AG, de 2011 a 2013

ANO	ROA		ROE		MLO		MLL	
	Média	AV	Média	AV	Média	AV	Média	AV
2011	-1,04	100%	1,56	100%	20,0	100%	-2,0	100%
2012	-1,72	65,4%	6,46	314,1%	25,0	25%	-1,0	-50%
2013	-4,0	284,6%	4,47	186,5%	23,0	15%	-3,0	-50%

Fonte: Elabora própria com base nos dados da pesquisa.

A Tabela 12 vem ratificar os números apresentados nos estudos anteriores, onde as OPS sem suficiência de AG têm um comprometimento ainda maior, quando se verifica que em 2013 em relação a 2011, o indicador financeiro ROA apresentou um acréscimo de 284,6% para a média de -1,04 em 2011 para -4,0 em 2013, comprovando o elevado comprometimento do indicador no retorno do investimento sobre o PL. Da mesma forma, o ROE também se apresenta com uma variação elevada de 186,5% em 2013 em relação a 2011.

Ainda na Tabela 12, a MLO apresentou um acréscimo de 15% em 2013 em relação a 2011, contrapondo o resultado da MLL, quando apresentou um decréscimo de 50% em 2013 em relação a 2011, o que comprova que as OPS sem suficiência de AG, estão auferindo menos receitas operacionais representadas pela CPE.

Para a realização da análise das variáveis das empresas com e sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas, inicialmente, realizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, a fim de analisar a normalidade das variáveis. Por meio deste, identificou-se que os dados não estão distribuídos de forma normal. Tal constatação se deu pelo coeficiente de significância, cujo valor foi menor do que 5%, o que indica não aceitação da hipótese nula, de que a distribuição é normal. Logo, é mais adequado prosseguir com a análise através de testes não-paramétricos, cuja normalidade não representa um requisito básico para sua realização. Nesse sentido, procedeu-se com o teste Mann-Whitney, utilizado quando a normalidade é violada. (FÁVERO et al., 2009).

Tabela 13 – Teste de Média – OPS com suficiência de AG (1) e OPS sem suficiência de AG (0)

Variáveis	Dummy	Classificação média	Sig.
CPE	0	1319,69	0,067*
	1	1262,74	
EIL	0	1335,30	0,10*
	1	1255,07	
AG	0	989,22	0,000***
	1	1425,09	
PT	0	1420,81	0,000***
	1	1213,06	
ROA	0	999,86	0,000***
	1	1419,86	
ROE	0	1211,39	0,000***
	1	1315,94	
MLO	0	1163,11	0,000***
	1	1339,68	
MLL	0	972,27	0,000***
	1	1433,42	

\*Significante a nível 10%; \*\* Significante a nível 5%; \*\*\* Significante a nível 1%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa.

Como se pode perceber na Tabela 13, para todas as variáveis, as médias para empresas com suficiência são estatisticamente diferentes das médias para empresas sem suficiência. Considerando o nível de significância de 5%, admite-se que as variáveis contraprestações efetivas e eventos indenizáveis líquidos apresentam-se estatisticamente similares.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi alcançado, nas variáveis do estudo, considerando que as empresas estudadas apresentam diferenças estatisticamente significativas

entre os grupos de operadoras com suficiência de AG, para o grupo das operadoras sem suficiência de AG.

#### 4.4 Síntese da análise

Consolidando os resultados alcançados no estudo, tendo como foco os objetivos do trabalho, pode-se afirmar que:

- a. a amostra de 854 OPS analisadas é considerada significativa, o que representou 59,1% da população de operadoras com atividade e registro na ANS;
- b. a distribuição da amostra ficou predominantemente concentrada nas operadoras com modalidade de cooperativa médica, medicina de grupo e autogestão, as quais representaram 74,7% da amostra, conforme mostrado na Tabela 3;
- c. a amostra mostrou-se em todas as variáveis de estudo com grandes dispersões, o que pode ser considerado como normalidade, haja vista que, na composição da amostra, existiam OPS de pequeno, médio e grande porte consoante os padrões estabelecidos pelo BNDES e Lei das S.A, conforme mostrado na Tabela 4.;
- d. a análise geral dos indicadores econômico-financeiros aponta que o comportamento do ROE é preocupante, pois o mesmo apresentou-se, na média, negativo para o triênio analisado, conforme mostrado na Tabela 5;
- e. observou-se que, em relação às PT, os AG representaram, em média: 5,96, 4,21 e 3,17, respectivamente nos anos de 2011, 2012 e 2013. Isso mostra que os AG vêm sendo fortemente comprometidos pela constituição de PT. Prova disso é que a relação AG/PT decresceu no triênio, conforme mostrado no Gráfico 3. Em números absolutos, AG-PT foi de 20,4 milhões em 2011 e caiu para apenas 11,3 milhões em 2013, conforme revelado na mesma Tabela 7;
- f. apesar de o grupo de OPS com suficiência de AG ter sido sempre prevalente no período observado, observou-se um acentuado decréscimo deste grupo, o qual representava 71,9% da amostra em 2011 e caiu para 57,8 em 2013, em razão do aumento acentuado das PT, sem aumento correspondente de AG, conforme mostrado na Tabela 10;

- g. observou-se ainda que os indicadores econômico-financeiros se apresentam com uma involução acentuada nas OPS com suficiência de AG, como também uma evolução acentuada nas OPS sem suficiência de AG, demonstrando a necessidade de cautela para o cenário apresentado, conforme análise das Tabelas 11 e 12;
- h. o estudo demonstrou a rejeição da hipótese nula, uma vez que o teste de média revelou que as OPS com suficiência de AG são estatisticamente diferentes das OPS sem suficiência de AG, conforme mostrado na Tabela 13.

Assim, há de se considerar que tais resultados, tiveram como subsídio uma análise feita em empresas com as mesmas características e o mesmo segmento de atuação, porém de porte diferentes.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mercado de planos de saúde enfrenta um grande desafio de equilibrar econômica e financeiramente um negócio inserido num ambiente complexo e regulamentado. Com o advento da Lei nº 9.656/2009, que regulamentou o setor de saúde suplementar e a criação da ANS através da Lei nº 9.961/2000, foram inúmeros atos normativos, criando, alterando e revogando procedimentos e normas, a fim de que o mercado tenha uma relação de transparência entre a operadora, prestador e beneficiário. Sob a perspectiva teórica, vale ressaltar que os achados da presente pesquisa confirmam a teoria da regulação, a qual aduz que o mercado é extremamente regulado e dependente das ações da Agência de Saúde Suplementar.

Sob este enfoque, o objetivo geral do trabalho foi atingido com a realização do teste de média, com fins de investigar se o grupo das operadoras com suficiência de ativos garantidores é estatisticamente igual ao grupo das operadoras sem suficiência de ativos garantidores, o que foi alcançado no capítulo anterior.

No que diz respeito ao objetivo específico de investigar em que medida os ativos garantidores são comprometidos pelas provisões técnicas, observou-se em relação às PT, que os AG representaram, em média: 5,96, 4,21 e 3,17, respectivamente, nos anos de 2011, 2012 e 2013. Isso mostra que os AG vêm sendo fortemente comprometidos pela constituição de PT. Prova disso é que a relação AG/PT decresceu no triênio. Em números absolutos, AG-PT foi de 20,4 milhões em 2011 e caiu para apenas 11,3 milhões em 2013.

Quanto aos objetivos específicos de quantificar as OPS com e sem suficiência de ativos garantidores em relação às provisões técnicas constituídas, bem como a realização de uma análise longitudinal das OPS com e sem suficiência de ativos garantidores, verificou-se que, apesar de o grupo de OPS com suficiência de AG ter sido sempre prevalente no período observado, observou-se um acentuado decréscimo deste grupo, o qual representava 71,9% da amostra em 2011 e caiu para 57,8 em 2013, em razão do aumento acentuado das PT, sem aumento correspondente de AG.

Quanto ao último objetivo específico, de apresentar o comportamento dos indicadores econômico-financeiros, de forma comparativa, nas OPS com e sem suficiência de ativos garantidores, o estudo demonstrou que o retorno dos investimentos, no grupo das OPS com suficiência de AG, os indicadores ROA e ROE, apresentam-se comprometidos com uma involução de -68,7% e -67,0%, respectivamente, na média comparando 2013 em relação a 2011. Já no grupo das OPS sem suficiência de AG, esse comprometimento é ainda maior,

sendo o ROA e ROE com 284,6% e 186,5%, respectivamente, na média comparando 2013 em relação a 2011, o que ratifica aos resultados apresentados no estudo.

O teste de média revelou que o grupo de OPS com suficiência de AG é estatisticamente diferente do grupo de OPS sem suficiência de AG. Com isso, foi rejeitada a  $H_0$  e aceita  $H_1$ .

Quanto às limitações do estudo, o mesmo poderia ter uma amplitude maior, se todas as operadoras tivessem divulgado as informações econômico-financeiras. Outro fator relevante quanto às limitações do estudo, observou-se que as OPS não constituem provisão técnica de insuficiência de prêmios, voltada para os contratos individuais, o que requeria um estudo atuarial, mas o principal Órgão regulador do mercado não exige das OPS, o que se acontecesse, insurgiria em possíveis insolvências de OPS. Nesse sentido, apesar do rigor metodológico empregado e a importância dos achados dessa pesquisa, tratam-se conclusões obtidas a partir de uma análise amostral intencional, não se podendo generalizar tais conclusões a outros grupos de empresas com características divergentes a estas ou em períodos diferentes adotados ao estudo (2011-2013).

Para pesquisas futuras, sugere-se o aprofundamento da presente análise num estudo longitudinal com um período maior a fim de confirmar os estudos de tendência. Recomenda-se, ainda, realizar pesquisa futuras que envolvam o impacto da constituição da Provisão de Insuficiência de Prêmios (PIP) sobre os ativos garantidores (AG).

## REFERÊNCIAS

ABREU, Elias Antônio Borges de. **Gestão do risco saúde populacional através da avaliação de perfil de risco individual**. 2004. 88 f. Dissertação (Mestrado em Sistema de Gestão) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

ALMEIDA, Fernando. **O bom negócio da sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital baseado em risco: uma abordagem para operadoras de planos de saúde**. 2008. 114f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, 2008.

ALMEIDA, Célia. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Texto para Discussão nº 599, p 1-76, Nov. 1998. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0599.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf)> Acesso em: 17 jan. 2015.

ARAGÃO, Alexandre Santos de, SALGADO, Lucia Helana, MOTTA, Ronaldo Seroa. Agências reguladoras e governança no Brasil. **Marcos regulatórios no Brasil: o que foi feito e o que falta fazer**. Rio de Janeiro: Ipea, 2005b, p. 125-61.

ARAÚJO AM. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de empresas de plano e seguro de saúde de planos privados [dissertação]**. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2003.

BADIA, Bruno Dutra; PIRES, Clarissa Côrtes. Progresso tecnológico e gastos com saúde: o que informam dois métodos distintos de mensuração. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**. São Paulo, n. 12, p. 1-8, 2008.

BAHIA, Ligia. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. 380f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 13**, de 21 de agosto de 1996. Dá nova redação ao inciso II do art. 192 da Constituição Federal.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 5.764**, de 16 de dezembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.404**, de 15 de dezembro de 1976. Dispõe sobre as Sociedades por Ações.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.808**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.656**, de 03 de junho de 1998a. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.961**, de 27 de janeiro de 2000a. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

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

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.638**, de 28 de dezembro de 2007a. Altera e revoga dispositivos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, e da Lei nº 6.385, de 7 de dezembro de 1976, e estende às sociedades de grande porte disposições relativas à elaboração e divulgação de demonstrações financeiras.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.941**, de 27 de maio de 2009a. Altera a legislação tributária federal relativa ao parcelamento ordinário de débitos tributários; concede remissão nos casos em que especifica; institui regime tributário de transição, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 1.665**, de 04 de junho de 1998b. Altera as disposições da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 2.122-2**, de 26 de janeiro de 2001b. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 73**, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Instrução Normativa – IN nº 16**, de 23 de março de 2005. Dispõe sobre a rotina para encaminhamento de informações do Sistema de Cadastro de Planos Privados de Assistência à Saúde comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39**, de 27 de outubro de 2000b. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 77**, de 17 de julho de 2001c. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 11**, de 22 de julho de 2002. Institui normas para exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – OPS.



\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 67**, de 04 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para aceitação como garantidores e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 159**, de 04 de julho de 2007c. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 160**, de 3 de julho de 2007d. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 206**, de 02 de dezembro de 2009b. Dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido e altera as Resoluções Normativas nº. 159 e 160, ambas de 3 de julho de 2007.

\_\_\_\_\_. **Agência Nacional de Saúde – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 209**, de 22 de dezembro de 2009c. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

\_\_\_\_\_. **Ativos Garantidores**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil\\_operadoras/AtivosGarantidores.asp#](http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/AtivosGarantidores.asp#)>. Acesso em 27 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**, edição dezembro/2007b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 27 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**, edição dezembro/2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 27 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**, edição dezembro/2013a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 27 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar**, edição junho/2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 09 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Prisma econômico-financeiro da saúde suplementar**, edição 4º trimestre /2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 27 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Superintendência de Seguros Privados, Resolução – Nº 120**, de 24 de dezembro de 2004. Aprova as normas para constituição das provisões técnicas das sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar e sociedades de capitalização.

\_\_\_\_\_. **Superintendência de Seguros Privados, Resolução – Nº 162**, de 26 de dezembro de 2006. Institui regras e procedimentos para a constituição das provisões técnicas das sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar e sociedades de capitalização.

\_\_\_\_\_. **Superintendência de Seguros Privados, Carta Circular – Nº 462**, de 31 de janeiro de 2013b. Dispõe sobre a forma de cálculo e os procedimentos para a constituição das provisões técnicas das sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores locais.

CAMPOS, Carla da Costa. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviço**. 2004, 186f. Dissertação (Mestrado em Engenharia modalidade Profissionalizante – Ênfase em Gerência de Serviços). Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS, Porto Alegre, 2004. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/Dissemtacoes\\_Um\\_estudo\\_das\\_relacoes\\_entre\\_operadoras\\_e\\_prestadoras.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissemtacoes_Um_estudo_das_relacoes_entre_operadoras_e_prestadoras.pdf)> Acesso em: 15 jan. 2015.

CARDOSO, Ricardo Lopes. **Regulação econômica e escolhas de práticas contábeis: evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro**. 2005, 154f. Tese de Doutorado. Doutorado pela Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2005.

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulamentação**. São Paulo: Saraiva, 2008.

COELHO, Cláudio Ulysses Ferreira; LINS, Luiz dos Santos. **Teoria da contabilidade: abordagem contextual, histórica e gerencial**. São Paulo: Atlas, 2010.

COHN, Amélia. As políticas sociais no governo FHC. **Tempo Social** – Revista de Sociologia da USP, v.11, p.183-198, 1999.

CORÁ, Carlos Eduardo. **Desenvolvimento de um sistema para gestão de custos indiretos em empresas de serviços de saúde suplementar: o caso de uma operadora de planos de saúde**. 2004, 196f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia-Gerência de Serviços). Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia da Escola de Engenharia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5693/000473953.pdf?sequence=1>> Acesso em: 10 jan. 2015.

CRUZ, Verônica. Estado e regulação: fundamentos teóricos. *In: Regulação e Agências Reguladoras. Governança e Análise de Impacto Regulatório*. Brasília – ANVISA, 2009.

FÁVERO, Luiz P. L.; BELFIORE, Patrícia P.; CHAN, Betty L.; SILVA, Fabiana L. da. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. São Paulo: Campus, 2009.

FERREIRA, Paulo Pereira. **Modelos de precificações e ruínas para seguros de curto prazo**. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2002.

FERREIRA, P. Pereira e MANO, Cristina C. Amarante. **Aspectos atuarias e contábeis das provisões técnicas**. Rio de Janeiro – FUNENSEG, 2009

FIGUEIREDO, Sandra. **Contabilidade de seguros**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2012

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor de saúde suplementar de saúde**. 2003. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo, Rio de Janeiro, 2003.

GILARDI, Fabrizio. **Institutional change in regulatory policies: regulating through independent agencies and the three new institutionalisms**. In: JORDANA, Jacint;

IUDÍCIBUS, Sérgio et al. **Manual de Contabilidade Societária: aplicável a todas a sociedades de acordo com as normas internacionais e do CPC**. São Paulo: Atlas, 2010.

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In LAURELL, AC. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LEMO, Lilian Correia. **A judicialização da saúde: o posicionamento do Poder Judiciário ante a relação contratual entre as operadoras e beneficiários dos planos de saúde anteriores à Lei 9.656/98**. Âmbito Jurídico, Rio Grande, v.XI, n. 58, out. 2008

LEVIFAUR, David. **The politics of regulation: institutions and regulatory reforms for the age of governance**. Northampton, MA: Edward Elgar, 2004.

MARTINS, G.A; THÉPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2009

MAJONE, Giandomenico. **Regulating Europe**. London: Routledge, 1996.

MALTA, Deborah Carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias; JORGE, Alzira de Oliveira; FRANCO, Túlio Batista; COSTA, Mônica Aparecida. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p. 433- 444, abr./jun. 2004.

MARINHO, Flávio; MAC-ALLISTER, Mônica. Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde para as Organizações Prestadoras Privadas. In: **Anais do XXIX Encontro Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração**. Brasília: ANPAD, 2005.

MARUJO, Ernesto Cordeiro (coord.); MARTINS, Carina Burri (elab.). **Fatores explicativos do aumento de gastos com saúde: breve revisão da literatura internacional**. São Paulo: Instituto Estudos de Saúde Suplementar, 2006.

MATARAZZO, Dante C. **Análise financeira de balanço: abordagem básica e gerencial**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATIAS, Clara Pinto. **Provisões Técnicas na Saúde Suplementar com ênfase na Estimativa da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados**. 2009, p. 67. Monografia (Bacharelado em Ciências Atuariais). Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In MENDES, E.V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MIRANDA, Cláudio da Rocha. Gerenciamento de Custos em Planos de Assistência à Saúde. Projeto ANS/PNUD, novembro, 2003.

MORAN, Michael. **The British regulatory state: high modernism and hiper-innovation**. London: Oxford University Press, 2003.

MOROZINE, João Francisco; HEIN, Nelson; OLINQUEVITCH, José Leônidas. Seleção de índices na análise de balanço: uma aplicação técnica estatística “acp”. **Revista Contabilidade & Finanças USP**. São Paulo, ano XVII n. 41, v.2, Maio/agosto 2006.

MOURAD, Nabil Ahmad; PARASKEVOPOULOS, Alexandre; MICHAELIS, Roberto William. **IFRS: normas internacionais de contabilidade para operadoras de saúde: precificação, solvência e contabilização**. São Paulo: Atlas, 2010.

NORONHA, J.C. Notas acerca dos conceitos de bens públicos e privados de saúde. In: ANDREAZZI, M.F.S.; TURA, L.F.R. (org.) **Financiamento e gestão do setor saúde**. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery, 1999.

PHILIPPI, L. S. A construção do desenvolvimento sustentável. In: LEITE, A. L. T. de A.; MININIMEDINA, N. **Educação ambiental**. Questões Ambientais – conceitos, história, problemas e alternativa. 2. Ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2001. V. 5.

PIRES, Francisco Marcos de Sousa. **Estudo do impacto da medicina preventiva na diminuição da sinistralidade dos planos de saúde e sua aplicação ao sistema SAMMED/FUSEX**. 2008. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) - Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

PORTER, Michael E e TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade de reduzir os custos**. Tradução: Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RODRIGUES, Adriano; MARTINS, Eliseu. Gerenciamento da Informação Contábil através das Provisões Técnicas constituídas pelas Sociedades Seguradoras. *Revista Universo Contábil*. Blumenau, v. 6, n. 1, p. 46 – 66, jan./mar., 2010.

SAFATLE, A. **A fórmula do casamento. Adiante: Inovação para sustentabilidade**. São Paulo: FGV-CES, n. 3, mar.2006

SAITO, Richard; SCHIOZER, Rafael F.; SAITO, Cristiana C. Situação financeira e satisfação do consumidor das operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil. In: **EnAnpad 2007** – XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 2007.

SALLES, Olavo Ribeiro. **Adaptação das Operadoras de Planos de Saúde de Pequeno Porte ao Plano de Contas Padrão da ANS**. 2004, 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4789/2/728.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2015.

SANTOS, Lucas Fernandes dos. **Estudo dos procedimentos contábeis em empresa de saúde suplementar a luz das normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**. 2008, 126f. Monografia (Graduação em Ciências Contábeis). Curso de Ciências Contábeis do Centro Universitário La Salle – Unilasalle, Canoas-RS, 2008. Disponível em: <[http://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs\\_online/tcc/graduacao/ciencias\\_contabeis/2008/lfsantos.pdf](http://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/tcc/graduacao/ciencias_contabeis/2008/lfsantos.pdf)> Acesso em: 30 jan. 2015.

SAÚDE, M.. **Glossário temático da saúde suplementar**. ANS: Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, Affonso. **Solvência das Seguradoras**. Rio de Janeiro: Funenseg, 2009. 72 p. 19 – Estudos FUNENSEG.

SILVA, Alexandre Alcântara da. **Estrutura, análise e interpretação das demonstrações contábeis**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2014

THERET, Bruno e BRAGA, J. C. S. (orgs). **Regulação econômica e globalização**. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 1998.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE - UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005 história da organização e consolidação do setor**. São Paulo: UNIDAS, 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 14. Ed. São Paulo: Atlas 2013.

WINSOR, C. P. (1946). Which Regression? *Biometrics Bulletin*, 101-109.