

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ENSP**



CARLOS ALEXANDRE LIMA NOGUEIRA

ANÁLISE DA ESTRUTURA ECONÔMICA DA SAÚDE SUPLEMENTAR:

em busca de uma estrutura eficiente de mercado

**Rio de Janeiro – RJ
2004**

CARLOS ALEXANDRE LIMA NOGUEIRA

ANÁLISE DA ESTRUTURA ECONÔMICA DA SAÚDE SUPLEMENTAR:
em busca de uma estrutura eficiente de mercado

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea Regulação de Saúde Suplementar, orientada pela professora Maria Cristina Trindade Terra - Doutora em Economia / Princeton University.

Rio de Janeiro – RJ
2004

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

N778a Nogueira, Carlos Alexandre Lima
Análise da estrutura econômica da saúde suplementar: em busca de uma estrutura eficiente de mercado. / Carlos Alexandre Lima Nogueira. Rio de Janeiro : s.n., 2004.
96 p. tab, graf

Orientadora: Terra, Maria Cristina Trindade
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1. Cobertura de Serviços Privados de Saúde-economia
2. Planos de Pré-Pagamento em Saúde - legislação 3. Setor de Assistência à Saúde 4. Gastos em Saúde 5. Análise Econômica.

CDD - 20.ed. - 362.10425

CARLOS ALEXANDRE LIMA NOGUEIRA

ANÁLISE DA ESTRUTURA ECONÔMICA DA SAÚDE SUPLEMENTAR:
em busca de uma estrutura eficiente de mercado

Dissertação apresentada à Fundação Oswaldo Cruz como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea Regulação de Saúde Suplementar.

12 de julho de 2004

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Maria Cristina Trindade Terra - Doutora em Economia

Instituição: Fundação Getúlio Vargas – FGV

Assinatura: _____

Co-orientador: Horácio Luiz Navarro Cata Preta – Pós-graduado em Gerência Financeira de Seguros e Administração Financeira

Instituição: Fundação Getúlio Vargas – FGV

Assinatura: _____

Nilson do Rosário Costa – Doutor em Planejamento Urbano e Regional

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Assinatura: _____

Maria Thereza Duclos – Doutora em Economia

Instituição: Fundação Getúlio Vargas – FGV

Assinatura: _____

À Maria Cláudia, tão única aos meus olhos.

AGRADECIMENTOS

Nada na vida se constrói sozinho e esse trabalho não foge à regra. Os frutos aqui colhidos são consequência de debates e trocas contínuas e experiências que repartimos com colegas, mestres, amigos, família, enfim todos aqueles que a convivência só nos faz crescer. Sendo assim, gostaria de agradecer algumas dessas pessoas que especialmente exerceram, direta ou indiretamente, alguma influência sobre o resultado deste estudo.

Parabenizo à ENSP/FIOCRUZ e à EPGE/FGV, pelo programa bem conduzido e pelo empenho em realizar um trabalho de qualidade.

Agradeço, primeiramente, a Maria Cristina Trindade Terra e, em particular, ao Prof. Horácio Cata Preta, pela disposição de colocar seu largo acervo de conhecimentos a serviço dos “aprendizes” de mercado de seguros e planos de saúde.

Do mesmo modo, agradeço à Prof^a Maria Thereza Duclos e ao Prof. Nilson do Rosário Costa pela gentileza de prontamente atender ao convite de participação da banca examinadora, como também pelo tanto que aprendi em suas aulas.

Aproveito o ensejo para ressaltar a dedicação e esforço sempre presentes na conduta da Mônica Reis que, nesse período, forneceu aos mestrandos um grau de ajuda imensurável.

À Solange Beatriz registro minha satisfação em ter-me integrado à equipe que formou o embrião da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, que hoje já caminha a passos largos, muito por força de sua incansável dedicação. Agradeço também ao Paulo Bruno pelo constante apoio e por seu modo de fazer parecer menos pesadas minhas responsabilidades frente à Gerência de Acompanhamento das Operadoras.

A todos os colegas da DIOPE e, em particular, Irapuã Beltrão, Luiz Cláudio, Washington Alves, Gabriel Franco, César Cardim, Ana Luiza, Sandro Leal e Fábio Fassini, pelo trabalho conjunto que resultou em reflexões que permeiam este estudo.

Também na DIOPE gostaria de mencionar meu amigo e “compadre” Jorge Luiz e os colegas Mauro Podcameni, Sonia Ribeiro e Alicio Dantas pela infinita paciência em ouvir minhas divagações sobre este trabalho.

Às meninas do G6, Maria T. Carolina (Carol), Luciana Silveira (Lu) e Angela Araújo (Angel), e aos *brothers* Olavo Salles (Mr. Book) e Hélio Jayme (HJ), pelo investimento que fizemos em conjunto nessa parceria que foi e continuará sendo superavitária para todos.

Ao sempre mestre Ricardo Nohra, pelo crédito, apoio e principalmente pelo exemplo de técnicas, de integridade, de amizade.

Aos meus pais, Luiz Jorge e Maria José, por tantas coisas que são aqui difíceis de resumir, restando, então, dizer que sou grato por suas lições de caráter, de dignidade, de vida.

*Tudo na vida é difícil mais do que pensamos,
Temos que continuar a lutar,
Continuar para que não percamos a fé.
Prosseguir sempre o caminho com otimismo,
Perseverança, sabedoria e também, amor.
Não devemos deixar, porém, a tenacidade.
Para mostrarmos que somos capazes
De abrir uma rocha a marretadas.
Para tanto, temos que bater com força, sempre,
Uma vez, dez, cem, mil batidas ou mais
E então, a rocha se abrirá, na milésima marretada,
Em dois, três, cem ou mais pedaços
E aí temos a certeza de que não foi
Com uma única marretada que a rocha partiu-se.
Temos que pensar que nosso esforço,
A nossa fé, amor e a tenacidade, enfim,
Foi que fizeram a multiplicação dos pedaços da rocha.
Assim é a nossa vida. Assim foi com Pedro, a Pedra...
Devemos sempre martelar no nosso ideal
Para conseguirmos ir até o final, com amor,
Lealdade, sabedoria e simplicidade
E com Deus, em todos os nossos momentos!*

(Alício Dantas de Almeida Filho)

RESUMO

O mercado de planos privados de assistência à saúde no país compõe-se de diversas modalidades de operadoras, possuindo cada uma características específicas em termos de porte, fisionomia jurídica e universo de atuação. A regulação busca dar tratamento aos agentes regulados respeitando essas características, ao considerar os segmentos já existentes e o risco diferenciado de cada tipo de operadora segundo seu modo de atuação. As regras de garantia financeira editadas pela ANS levam em conta esses fatores.

As diferenças, porém, não podem eliminar a exigência de que as operadoras sejam solventes, para ser capazes de cumprir com suas obrigações contratuais, até porque, no mercado de saúde suplementar, existe elevado risco social envolvido e os custos existentes são particularmente elevados. A relação existente entre solvência e garantia da assistência à saúde torna-se, assim, evidente.

O objetivo deste estudo é analisar a estrutura patrimonial e financeira das operadoras a partir dos portes definidos na regulação e aqui estratificados para aferir eventuais heterogeneidades, a fim de se avaliar quais as faixas que encontram dificuldades de atender às exigências mínimas de solvência e, com isso, deixar de apresentar viabilidade econômico-financeira. Para tanto, foram utilizados indicadores econômico-financeiros, tendo sido selecionados, diante de sua representatividade, a Sinistralidade, o Índice Combinado e a Liquidez Corrigida.

A análise realizada levou à conclusão de que as operadoras com menos de 5 mil beneficiários tendem a apresentar elevado grau de insolvência, o que se constata quando se cruzam esses dados com o resultado da análise do grupo de operadoras em regimes especiais e em plano de recuperação.

Palavras-chave: mercado de assistência à saúde; planos de saúde; solvência, garantias financeiras.

ABSTRACT

The private health plans sector in Brazil is composed by diverse kinds of companies, each one possessing specific characteristics in terms of size, legal make up and operational range. The regulation aims to treat the stakeholders regarding their own characteristics, also considering the existing segments and different risks that each kind of company faces, according to its way of performing. The rules of financial guarantees issued by National Health Agency (ANS) take into account these features.

The differences, however, cannot disregard the fact that these companies must be solvent, and able to meet its contractual obligations, even because, in health insurance market, a hard social risk is a fact and the health benefit costs are particularly high. Thus, the relationship between solvency and health care's guarantee becomes evident.

The goal of this study is to analyze the capital and financial structure of health care companies, through the levels established by regulation and stratified in this work, in order to evaluate which groups have difficulties to meet the minimum solvency requirements, and thus placing itself outside the established economic-financial criterium. Hence the economic-financial indicators, selected by its representativeness, were loss ratio, combined index and liquidity.

The analysis concluded that companies with less than 5 thousands people tend to accrue a high level and degree of insolvency, which became quite obvious when a comparative analysis of these data and the results of intervention processes and warranty programs is taken into account.

Key-words: health care sector; health plans; solvency, financial guarantees.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1. Falhas no mercado de saúde suplementar	23
Figura 1.2. Indução da Demanda	24
Figura 2.1. Modalidades e segmentos das operadoras	40
Figura 2.2. Diferimento das garantias	46
Figura 3.1. Operadoras por Unidade Federativa	57
Figura 3.2. Operadoras por Região	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1. Normativos de regulação econômico-financeira	36
Quadro 2.2. Categorias do segmento médico-hospitalar segundo rede própria	39
Quadro 2.3. Categorias do segmento odontológico segundo rede própria	39
Quadro 2.4. Quadro de referência cruzada	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1. Gasto Total em Saúde em % do PIB	26
Tabela 3.1. Distribuição de beneficiários por modalidade	55
Tabela 3.2. Natureza jurídica das Operadoras	56
Tabela 3.3. Percentual de beneficiários por porte	58
Tabela 3.4. Distribuição de beneficiários segundo modalidade de OPS e porte	58
.....	
Tabela 3.5. Abertura do estrato de OPS com menos de 20 mil beneficiários (pequeno porte)	59
Tabela 3.6. Distribuição de beneficiários por porte – assistência médico-hospitalar	60
Tabela 3.7. Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência médico-hospitalar	60

Tabela 3.8.	Distribuição de beneficiários por porte – assistência odontológica	61
Tabela 3.9.	Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência odontológica	62
Tabela 3.10.	Movimentação de autorização de funcionamento	64
Tabela 3.11.	Receita em milhões	65
Tabela 3.12.	Despesa em milhões	66
Tabela 3.13.	Patrimônio Líquido em milhões	66
Tabela 5.1.	Sinistralidade média do mercado segundo porte	74
Tabela 5.2.	Sinistralidade média segundo porte – seguradoras	75
Tabela 5.3.	Sinistralidade média segundo porte – segmento médico	75
Tabela 5.4.	Combinado médio do mercado segundo porte	76
Tabela 5.5.	Combinado médio segundo porte - seguradoras	76
Tabela 5.6.	Combinado médio segundo porte – segmento médico	77
Tabela 5.7.	Liquidez Corrigida média do mercado segundo porte	78
Tabela 5.8.	Liquidez Corrigida segundo porte - seguradoras	78
Tabela 5.9.	Liquidez Corrigida segundo porte – segmento médico	78
Tabela 5.10.	Enquadramento à RDC nº 77/2001 - Operadoras com mais de 20 mil beneficiários	81
Tabela 5.11.	Enquadramento à RDC nº 77/2001 - Operadoras com até 20 mil beneficiários	81
Tabela 5.12.	Operadoras desenquadradas à RDC nº 77/2001	82
Tabela 5.13.	Operadoras com Patrimônio Líquido negativo	83
Tabela 5.14.	Garantias financeiras segundo porte	84
Tabela 5.15.	Regimes especiais sobre OPS segundo porte	85
Tabela 5.16.	Planos de Recuperação sobre OPS segundo porte	85
Tabela 6.1.	Combinado por porte	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1. Distribuição de Operadoras e Beneficiários por Modalidade	56
Gráfico 3.2. Estrato de operadoras de pequeno porte por beneficiário	59
Gráfico 3.3. Quantidade de Beneficiários e Operadoras por Faixa de Beneficiários	60
Gráfico 3.4. Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência médica hospitalar	61
Gráfico 3.5. Quantidade de Beneficiários e Operadoras por Faixa de Beneficiários	62
Gráfico 3.6. Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência odontológica	63
Gráfico 3.7. Balanço de Registros e Cancelamentos – Por ano	64
Gráfico 3.8. Distribuição de Receita por Modalidade	65
Gráfico 3.9. Despesa Assistencial Anual – R\$ Milhão	66
Gráfico 3.10. Patrimônio Líquido – R\$ Milhão	67
Gráfico 4.1. Envio do DIOPS	69
Gráfico 5.1. Sinistralidade média	75
Gráfico 5.2. Combinado Médio	77
Gráfico 5.3. Liquidez Corrigida média	79
Gráfico 5.4. Enquadramento às regras da RDC nº 77/2001 – relação entre OPS beneficiário	80
Gráfico 5.5. Patrimônio líquido negativo segundo o porte (%)	83
Gráfico 5.6. Atendimento às garantias financeiras segundo porte	84
Gráfico 5.7. Regimes especiais sobre OPS segundo porte	85
Gráfico 5.8. Planos de Recuperação sobre OPS segundo porte	86
Gráfico 6.1. Combinado por porte	88
Gráfico 6.2. Garantias financeiras segundo porte – dezembro de 2003	89

LISTA DE SIGLAS

ANS -	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BACEN -	Banco Central do Brasil
CADE -	Conselho Administrativo de Defesa da Concorrência
CBLC -	Central Brasileira de Liquidação e Custódia
CETIP -	Central Custódia e de Liquidação Financeira de Títulos
CONSU -	Conselho de Saúde Suplementar
CM -	Capital Mínimo
DEMAB -	Departamento de Mercado Aberto
DESAS -	Departamento de Saúde Suplementar
DFA -	Dynamic Financial Analysis
DIOPS -	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
FAST -	Financial Analysis and Surveillance Tracking
FIP	Formulário de Informações Periódicas
IBNR -	Incured but Not Reported
IBRACON -	Instituto dos Auditores Independentes do Brasil
IDA -	Índice de Despesas Administrativas
IDC -	Índice de Despesas de Comercialização
IGO -	Índice de Giro Operacional
IRIS -	Insurance Regulatory Information System
LTDA. -	Sociedade por Cota de Responsabilidade Limitada
MP -	Medida Provisória
OPS -	Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
PCP -	Plano de Contas Padrão da ANS
P&D -	Pesquisa e Desenvolvimento
PIB -	Produto Interno Bruto
PR -	Provisão de Risco
RBC -	Risk Based Capital
RDC -	Resolução de Diretoria Colegiada
RN -	Resolução Normativa
S.A. -	Sociedade Anônima

SAS	Statistical Application System
SELIC -	Sistema Especial de Liquidação e de Custódia
SES -	Seguradora Especializada em Saúde
SRT -	Sistema de Reserva Técnica
SUS -	Sistema Único de Saúde
SUSEP -	Superintendência de Seguros Privados

4.3.1. <i>Sinistralidade</i>	71
4.3.2. <i>Combinado</i>	71
4.3.3. <i>Liquidez Corrigida</i>	71
4.4. Análise dos Indicadores em Função do Porte	72
4.3.2. <i>Demais critérios adotados</i>	72
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA DO MERCADO ..	74
5.1. Indicadores Financeiros Estratificados por Porte	74
5.2. Análise do Cumprimento das Garantias Financeiras	80
CONCLUSÃO	87
BIBLLIOGRAFIA	92

INTRODUÇÃO

O mercado de saúde suplementar é composto de diferentes espécies de operadoras, possuindo cada uma características específicas em diversos aspectos: porte, fisionomia jurídica, finalidade lucrativa ou não, com ou sem rede hospitalar própria etc. Essas peculiaridades devem ser levadas em consideração na regulação setorial.

Em linhas gerais, os dados econômicos desse mercado são significativos, pois que nele se movimentam recursos da ordem de R\$ 23 bilhões de reais, o que representa algo em torno de 2,5% do PIB, envolvendo cerca de 38 milhões de consumidores, segundo os números mais atuais da ANS.

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, veio trazer a primeira normatização para esse mercado, trazendo uma clara preocupação em regular os aspectos financeiros e patrimoniais das operadoras, por entender que a solvência de uma operadora é um elemento que impacta diretamente na manutenção e qualidade da prestação dos serviços de assistência à saúde aos consumidores.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS tem sua missão institucional de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”, conforme o que se encontra previsto no art. 3º de sua lei criadora, a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

No campo econômico-financeiro, é de se entender por interesse público a garantia de continuidade da prestação da assistência à saúde, sendo que essa garantia está vinculada à situação econômico-financeira das operadoras, em particular à manutenção da solvência, pois uma operadora é solvente enquanto é capaz de honrar com seus compromissos.

Nesse sentido, a regulação prudencial desenvolvida pela ANS visa monitorar a solvência do mercado, por ser este fator fundamental quando se gerencia riscos e capital de terceiros. No caso do mercado de saúde suplementar há, ainda, o diferencial do risco social envolvido – a vida humana, aliado ao fato de os custos da assistência à saúde serem peculiarmente elevados.

Certo é que a necessidade de assistência à saúde é imprevisível e cara, sendo inviável a uma pessoa custear sozinha os cuidados médico-hospitalares. Assim é que sustentam os seguros e planos de saúde. A base da operação está na possibilidade de o risco das Despesas Assistenciais ser diluído entre muitas pessoas participantes do mesmo grupo, que contratam a assistência por terem aversão ao risco, mas relativamente poucos vão necessitar da atenção médica ao mesmo tempo. Quanto maior o grupo, maior a distribuição do risco.

Diante de tais pressupostos, a pergunta que motiva o presente estudo é se uma operadora de pequeno porte é capaz de cumprir as condições mínimas exigidas pelo marco regulatório, principalmente, os requisitos inerentes à solvência e à própria natureza da operação.

O objetivo principal deste estudo está, então, em verificar, mediante a utilização de indicadores econômico-financeiros, selecionados em função de sua representatividade, a estrutura patrimonial e financeira das operadoras, especialmente no que se refere ao atendimento à norma de garantias financeiras, bem como as variações ocorridas em função do porte.

Para tanto, o trabalho foi estruturado em cinco capítulos, partindo de um referencial teórico sobre o tema, passando ao levantamento dos dados necessários à análise para, assim, realizar uma avaliação da estrutura do mercado como se encontra na sua conformação atual.

Primeiramente, é feita uma revisão da literatura sobre os fundamentos da regulação, apresentando os conceitos das principais falhas de mercado e apontando as inerentes ao mercado de saúde suplementar. Dedicase, também, a apresentar algumas definições relevantes para a compreensão do seu funcionamento, como o princípio do mutualismo

e risco sistêmico. Uma vez apontadas as especificidades do setor saúde, passa-se a abordar alguns elementos importantes para o processo regulatório desse mercado, dentre eles a regulação estrutural e a prudencial.

No segundo Capítulo, traça-se um breve histórico do marco regulatório da saúde suplementar trazido pela Lei nº 9.656/98, assim como da criação da ANS, passando, daí, a abordar os principais normativos que compõem a regulação econômico-financeira.

O Capítulo 3 é destinado a apresentar um panorama do mercado de saúde suplementar, apresentando suas principais características e números do setor.

A metodologia é o tema do Capítulo 4, onde são apresentadas as características gerais da população objeto deste estudo, Técnicas e utilização de dados, os indicadores selecionados (Sinistralidade, Combinado e Liquidez Corrigida), a análise desses indicadores em função do porte e faixas de estratificação utilizadas.

Os resultados obtidos com a pesquisa são apresentados no quinto Capítulo, onde, por meio de tabelas e gráficos, é feita a análise da situação econômico-financeira das operadoras, segundo os grupos estratificados. Seguem as conclusões e recomendações para iniciativas que podem ser adotadas pelo órgão regulador para aprimorar o saneamento desse mercado que, atualmente, passa por um período de transição de mercado de livre acesso para o ambiente regulado.

CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTOS DA REGULAÇÃO ECONÔMICA DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1.1 - Mercado e Falhas de Mercado

Partindo de uma definição objetiva de mercado como “um grupo de mercadorias que são substitutas próximas entre si” (TEIXEIRA, 2001: 21), pode-se dizer que a principal característica no funcionamento das economias de mercado seria a liberdade de atuação dos agentes econômicos, formados tanto pelo conjunto dos produtores de bens e serviços (que determinam as condições de oferta) quanto pelos consumidores (que determinam a demanda), baseada no processo de mercado através da livre negociação entre compradores e vendedores a respeito dos aspectos relevantes tais como preços, quantidades e qualidade. Nesse sistema, o mercado, através da interação voluntária dos consumidores e produtores, organiza o volume produzido e os preços praticados.

Foi para interpretar esse regime de liberdade de mercado que Adam Smith imaginou a “mão invisível” sobre a economia, cuja base do funcionamento derivaria de uma coletivização de “interesses egoísticos”, que levaria à maximização do bem-estar da sociedade, dado que, sustentava ele, ser mais característico da natureza humana o indivíduo defender seu interesse pessoal do que se preocupar com o bem comum.

Ocorre que uma estrutura clássica de mercado que funcione em ambiente ideal de concorrência demanda que haja muitas firmas de porte semelhante, onde nenhuma delas exerça influência significativa sobre o preço; que os produtos sejam homogêneos; que todos os seus agentes sejam perfeitamente informados sobre tudo o que se passa e; que haja completa liberdade de acesso e saída no mercado (SPÍNOLA & TROSTER, 2001).

Todavia, adverte TEIXEIRA (2001) que o mundo retratado por esse mercado em ambiente de concorrência perfeita pouco tem a ver com a realidade, pois não existem tipos ideais de pequenas firmas no mercado que possam isoladamente influenciar na determinação do preço e nível de produção. Os mercados apresentam imperfeições ou falhas que afetam o equilíbrio de sua estrutura. São elas:

- a presença de monopólio, que se caracteriza pela existência de um único vendedor de determinado produto e, com efeito, a ocorrência de um poder de mercado para ditar preços;
- a indivisibilidade do produto (bens públicos) que impede se fixarem preços via mercado, por conta de suas características de não-exclusividade (a eles não se aplica o direito de propriedade) e não-rivalidade (o acesso de mais pessoas a seu consumo não implica aumento de custos);
- as externalidades (positivas ou negativas), que estão presentes quando a ação de um agente gera custos ou benefícios que não integram o preço de mercado, uma vez que não há uma correspondente compensação ou um retorno pelos terceiros afetados em função dos respectivos efeitos positivo ou negativo causados;
- a assimetria de informação, quando os agentes não dispõem de informação completa a respeito dos aspectos quantitativos e qualitativos que influenciam a tomada de decisão.

1.2. Falhas de Mercado Preponderantes no Mercado de Saúde Suplementar

A ocorrência de uma ou mais falhas ou imperfeições estão relacionadas com as diferentes estruturas de mercado, na medida em que estão ligadas a características específicas do funcionamento de cada tipo de mercado.

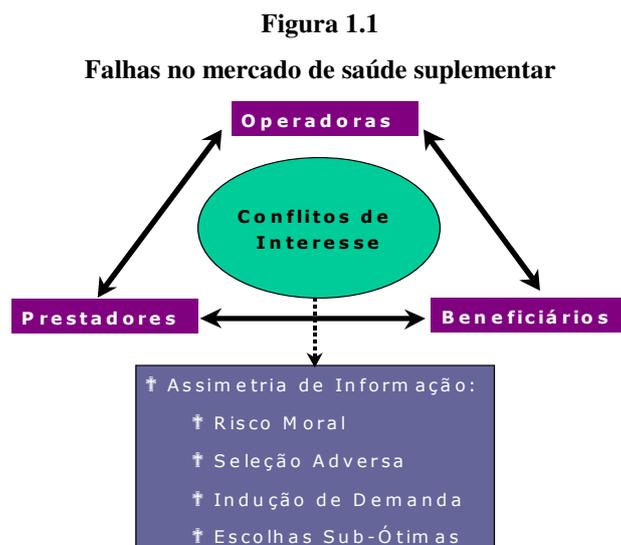
Dentre as falhas de mercado aqui mencionadas, importa destacar que o mercado de saúde tem como característica predominante as que decorrem da ocorrência de risco e de incerteza nas transações.

Assinalam DONALDSON & GERARD (1993) que a ocorrência da doença é imprevisível, não sendo, portanto, possível planejar individualmente o consumo futuro de assistência à saúde. A resposta de um mercado livre para esta questão é o desenvolvimento de mecanismos de seguro privado de saúde que garantam o ressarcimento de despesas na ocorrência de Eventos em saúde.

Entretanto, o relacionamento entre os agentes no mercado de saúde está amplamente caracterizado pela presença da assimetria de informação. Isso quer dizer que esses agentes têm acesso a informações distintas sobre algumas variáveis-chave para a organização do processo de mercado.

Segundo ANDRADE & LISBOA (2001:288), “uma importante característica do setor saúde é precisamente a existência de formas específicas de assimetria de informação entre provedores de serviços médicos, financiadores de gastos com saúde - sejam públicos ou privados, e os potenciais pacientes. Podem ser distinguidos dois tipos de incerteza associados ao consumo desses bens: incerteza da necessidade de uso dos serviços médicos e incerteza do diagnóstico”.

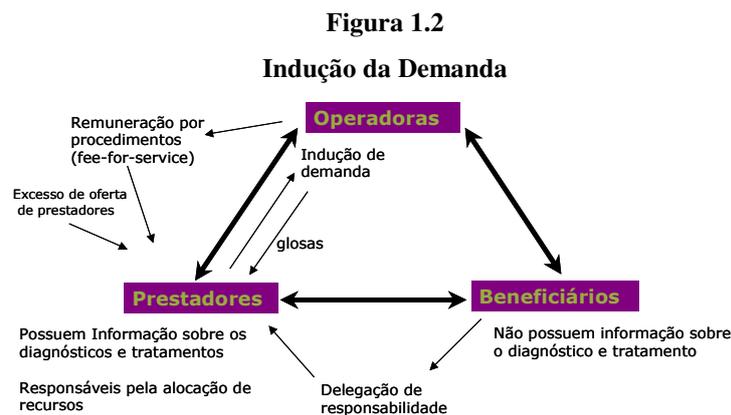
Os conflitos de interesses entre os agentes que operam no mercado de saúde estão representados na Figura 1.1:



A presença de *assimetria de informação* dá causa, pelo menos, aos fenômenos do risco moral e seleção adversa, o que pode levar à indução de demanda e as escolhas subótimas.

Em primeiro, o *risco moral* nada está associado a desvios de conduta ou a padrões éticos, mas sim a incentivos que existem quando os consumidores de seguro não utilizam os serviços de saúde em um nível racional. Isso porque, como não existe custo adicional para o uso de tais serviços, ocorre uma utilização de determinados serviços além do nível do necessário.

O problema do risco moral também ocorre porque os provedores podem induzir uma maior utilização dos serviços, já que possuem mais informação sobre o estado de saúde do paciente e sobre a necessidade de assistência do que o agente financiador e, muitas vezes, do que o próprio consumidor. Essa presença de informação assimétrica pode ocasionar o que convencionou chamar de *indução da demanda* pela oferta, com a criação de procedimentos desnecessários pelo lado da oferta de serviços, conforme representado na Figura 1.2:



Para DONALDSON & GERARD (1993), esse processo desrespeita um dos principais pressupostos da teoria clássica da oferta *versus* demanda, na medida em que o médico atua em duas posições: de um lado, figura como o prestador do serviço (oferta) e, de outro, como agente do paciente (demanda), já que este, por não possuir informações necessárias para a tomada de decisões, consumirá o serviço de acordo com o aconselhamento médico.

A *seleção adversa* (ou anti-seleção), por sua vez, ocorre quando a empresa não consegue fazer uma acurada avaliação dos riscos, ou está impedida de discriminar os grupos de risco, o que resulta em uma precificação por algum tipo de risco médio. A presença desse fenômeno implica uma redução da oferta do mercado, em que os agentes de alto risco são beneficiados em virtude do prejuízo dos agentes de baixo risco, os quais tendem a sair do *pool* de risco, a menos em que estejam em situação de compra compulsória (ANDRADE & LISBOA, 2001).

Dessa forma, pode-se inferir que as falhas que estão presentes no mercado de saúde suplementar não se enquadram basicamente na presença de monopólio, mas de assimetria de informação, que naturalmente pode gerar imperfeições em seu funcionamento, uma vez que os agentes não têm incentivos suficientes para otimizar suas escolhas da forma que fariam caso tivessem acesso a informações adequadas.

DONALDSON & GERARD (1993) apontam também as *externalidades* na provisão da assistência à saúde, pois sua utilização dá origem a benefícios superiores aos obtidos pelo consumidor (ex. efeitos indiretos da vacinação).

O mesmo autor também menciona a *deseconomia de escala* como fator relevante, na medida em que há muitas empresas competindo entre si, cada qual com um grau de custos administrativos e comerciais que, em pequena escala, eleva o custo final da unidade do produto. Vale dizer que o mercado de saúde suplementar se caracteriza pelo princípio do mutualismo¹, pelo que a massificação da carteira é fator fundamental para a pulverização do risco, uma vez que, quanto maior o número de consumidores, menor é a variabilidade do custo. Em outras palavras, na ocorrência de deseconomia de escala, as operadoras não conseguem pulverizar seu risco porque não há grande quantidade de consumidores na carteira.

CHOLLET & LEWIS (1997:2), ao explicar o princípio do mutualismo, esclarecem que “a premissa básica do seguro saúde é simples: para qualquer pessoa, a necessidade de assistência à saúde é imprevisível e bastante cara, entretanto relativamente poucos beneficiários vão necessitar do serviço a todo tempo. Logo, a diluição do risco das grandes Despesas Assistenciais distribuída por muitas pessoas se faz necessária para tornar o seguro saúde acessível a todos”.²

TEIXEIRA (2001:20) lembra ainda do complexo industrial que “abarca não só prestadores de serviços, usuários e intermediários, como todo um leque de segmentos ligados à produção e comercialização de produtos e prestação de serviços, inclusive com uso intensivo de P&D, que convergem para a chamada assistência médica”. O mercado de saúde suplementar recebe, assim, influência de outros setores da economia.

Caracteriza-se, também, este mercado, por seu elevado risco social, haja vista ser acumulador de poupança popular, gerenciador de um bem imensurável, que é a saúde

humana. Contudo, em que pese não ter a saúde valor estimado, a assistência à saúde tem custos, que são peculiarmente elevados.

A crescente elevação dos custos na produção de serviços de saúde é, assim, fator que não pode ser esquecido. O envelhecimento da população tem pressionado bastante os custos, bem como a incorporação tecnológica e a transição epidemiológica, pelo que as inovações, nesse mercado, não representam necessariamente a otimização dos custos ou o aumento da produtividade no setor, sendo este um diferencial do setor saúde em relação a outros mercados. Vê-se que, em âmbito internacional, os países têm destinado uma parcela cada vez maior do seu Produto Interno Bruto à saúde, como se pode verificar na análise dos dados da Tabela abaixo:

Tabela 1.1
Gasto Total em Saúde em % do PIB

Países	1960	1970	1980	1990	1997
Estados Unidos	5,2	7,3	9,1	12,6	13,9
Alemanha	4,8	6,3	8,8	8,7	10,7
Suíça	3,1	4,9	6,9	8,3	10,0
França	4,2	5,8	7,6	8,9	9,6
Canadá	5,4	7,0	7,2	9,2	9,2
Suécia	4,7	7,1	9,4	8,8	8,6
Holanda	3,8	5,9	7,9	8,3	8,5
Austrália	4,9	5,7	7,3	8,2	8,4
Áustria	4,3	5,3	7,7	7,2	8,3
Dinamarca	3,6	5,9	9,3	8,3	8,0
Irlanda	3,3	5,0	6,2	7,9	7,9
Itália	3,6	5,2	7,0	8,1	7,6
Bélgica	3,4	4,1	6,5	7,5	7,6
Nova Zelândia	4,3	5,2	6,0	7,0	7,6
Noruega	2,9	4,5	7,0	7,8	7,5
Espanha	1,5	3,7	5,6	6,9	7,4
Finlândia	3,9	5,7	6,5	8,0	7,4
Japão	3,0	4,6	6,5	6,1	7,2
Reino Unido	3,9	4,5	5,6	6,0	6,8

FONTE: OECD/ 1999 – Análise comparativa de 29 países

1.3 – Fundamentos Econômicos da Regulação

Ainda citando DONALDSON & GERARD (1993), a presença de falhas de mercado justifica a intervenção do Estado na economia. A presença de monopólios, bens públicos, externalidades ou assimetria de informação não gera os resultados ótimos do ponto de vista de bem-estar econômico do consumidor, cabendo uma ação pública de regulação de mercado com objetivo de corrigir os desequilíbrios e levar a economia para esse ponto desejável. A intensidade dessa regulação irá variar conforme a intensidade dessas falhas.

Nesse sentido, ensina TEIXEIRA (2001:16) que a regulação “abarca um conjunto bastante amplo de mecanismos, desde os instrumentos típicos de política econômica (fiscal, monetária, cambial etc.) até a produção direta de bens e serviços pelo Estado”.

Sem a pretensão de fazer, neste trabalho, um estudo mais detalhado sobre a dimensão do conceito de regulação, cabe aqui dizer que esta se “refere ao conjunto diversificado de instrumentos por meio dos quais os governos definem regras de conduta para empresas e cidadãos” (COSTA *et al*, 2001:194). A ação do Estado, por meio de instrumentos regulatórios, dá-se, então, no sentido de monitorar o comportamento e alcance dos mercados, seja para incentivar sua expansão, seja para impor limites à sua atuação.

As políticas de regulação podem se dar em três categorias distintas: a econômica, a social e a administrativa, ressaltando-se ser a primeira categoria a que interessa abordar para efeitos deste estudo. Sendo assim, importa dizer que o objetivo central da regulação econômica está, como já se disse, em corrigir falhas de mercado através da intervenção direta nas decisões dos setores econômicos sobre preços, quantidade, entrada e saída do mercado, bem como parâmetros específicos, como indicadores de qualidade e de desempenho dos agentes econômicos.

No caso da regulação do mercado de saúde suplementar, além da finalidade de se assegurar uma alocação mais eficiente de recursos, há uma preocupação adicional em adotar políticas regulatórias que visem garantir a própria segurança do mercado e, com efeito, a garantia da poupança e segurança dos consumidores.

Nesse aspecto, em particular, a estrutura do mercado de saúde suplementar se assemelha aos mercados financeiro e segurador, uma vez que neles é preciso proteger as chamadas redes de segurança financeira, a fim de evitar o risco sistêmico³.

Sobre isso adverte SIQUEIRA (2001) que há sempre um risco potencial de exploração da atividade bancária, que representa uma contínua ameaça ao direito alheio, pelo fato de que a maior parcela dos recursos movimentados pela empresa não pertencer ao titular do negócio, mas a terceiro. Em função desse quadro de risco natural da atividade, são adotados clássicos instrumentos de prevenção de crises no sistema financeiro, no plano da regulação oficial, como, por exemplo, a imposição de limites de concentração de riscos e a obrigação de provisionar créditos não realizados.

Desse modo, uma variável de importância fundamental para a escolha de um plano de saúde é a solvência da empresa.

Segundo SALLES & SANTOS (2004), “uma seguradora é solvente se ela é capaz de cumprir suas obrigações em todos os seus contratos, em todas as circunstâncias razoavelmente previsíveis. Para tanto devem ser mantidos ativos ou capital em excesso ao montante do passivo. A natureza do negócio implica na formação de provisões técnicas e investimento em ativos para a cobertura dessas provisões. Estes ativos devem ser gerenciados levando em conta o perfil do passivo e o perfil de risco/retorno da empresa. O ativo deve ser de natureza, termo e liquidez apropriados para garantir o pagamento do passivo. Aliás, uma política saudável é combinar a adequação de capital e solvência com um sistema de gerenciamento de risco”.

O conhecimento do nível de solvência das empresas é, portanto, de fundamental importância para o consumidor exercer suas escolhas de forma eficiente. A assimetria de informação, nesse caso, dá-se no conhecimento privilegiado das empresas sobre sua real situação financeira em comparação aos consumidores. A presença do órgão regulador está em estabelecer critérios mínimos de garantia de solvência dessas empresas e de transparência dessas informações, a fim de proporcionar segurança aos consumidores, reduzindo o custo necessário para obter informação a respeito das condições financeiras das empresas.

Havendo níveis adequados de solvência no mercado, os consumidores passam a poder se preocupar com outras variáveis essenciais tal como preço dos planos, níveis de cobertura da rede, qualidade da rede etc.

Embora a finalidade básica da regulação da solvência esteja na proteção do consumidor, os benefícios desse tipo de ação reguladora se estendem aos demais agentes do mercado. A não-regulação da solvência das empresas aumenta o risco sistêmico do mercado, dada a estrutura altamente interligada da oferta de serviços de saúde. A quebra de empresas impõe custos sobre todos os agentes direta e indiretamente envolvidos na prestação, e não apenas sobre os consumidores.

Por isso, os negócios e finanças de uma operadora devem ser acompanhados de perto e de forma contínua, cabendo, portanto, ao órgão regulador monitorar e impor rigorosos e eficazes padrões de solvência.

Assim sendo, tem-se que uma das principais funções da ANS, no tocante ao aspecto econômico da regulação do mercado de saúde suplementar, está na proteção dos consumidores, mediante o zelo pela solvência das operadoras e sua necessária estruturação empresarial para a profissionalização de sua gestão.

Com o objetivo de assegurar maior eficiência, estabilidade e segurança do setor, foi conferido ao órgão regulador competências regulatórias para adotar medidas de controles diretos e intervenções no mercado, dentre as quais cabe destacar, por sua importância para este estudo a regulação prudencial e a estrutural.

Pela regulação prudencial busca-se reduzir o risco sistêmico do mercado, ou seja, o risco de falhas em cadeia e, com isso, evitar rompimentos que possam levar a um colapso no mercado. Essa forma de regulação se faz necessária porque os agentes regulados - no caso, as operadoras - são suscetíveis a comportamento imprudente e fraudulento. A regulação prudencial requer dos agentes econômicos, portanto, que estejam adequadamente capitalizados, profissionalmente administrados, com o risco de suas aplicações diversificado, posições transparentes e sujeitas a efetiva supervisão.

Segundo MATOS FILHO & CÂNDIDO JR. (1997), a regulação prudencial se opera pelo monitoramento da capacidade econômico-financeira dos agentes regulados,

mediante a exigência de diversificação do risco, imposição de envio de relatórios periódicos, entre outras medidas que visem preservar a segurança das empresas e, com efeito, sustentar a confiança do consumidor na estabilidade do mercado.

A efetiva regulação prudencial também se dá através de mecanismos que contemplem regras de autorização de funcionamento, compreendendo requisitos de capital mínimo, qualificação dos administradores e informações sobre o controle societário, entre outros, bem como o acompanhamento da situação econômico-financeira e da retirada do mercado.

No entanto, esse modo de regulação, embora seja uma das principais funções da ANS na redução da assimetria de informação entre operadoras e consumidores, não é a única. Nesse contexto também são desempenhadas pelo órgão regulador restrições quanto à entrada de operadoras, com uma série de requisitos necessários para competir neste mercado.

A regulação estrutural visa principalmente a lidar com questões associadas ao poder de mercado, mediante o estabelecimento de regras de restrições à entrada e saída de agentes econômicos. De acordo com COUTINHO & OLIVEIRA (1999), por estrutura de mercado entende-se o número de firmas ativas no mesmo. A lógica da regulação estrutural é, portanto, a de preservar uma estrutura propícia ao ambiente de competição.

Esse tipo de regulação procura selecionar os competidores realmente comprometidos com a prestação de serviços, estimulando a entrada desses agentes e ao mesmo tempo reduzindo a entrada de agentes sem comprometimento com a prestação de serviços. Essas regras alteram, é verdade, a estrutura da oferta de planos o que implica em novas bases de concorrência no mercado.

NOTAS:

¹ Grupo de pessoas com interesses comuns que concorre para a formação de uma massa econômica, com a finalidade de suprir, em determinado momento, as necessidades de algumas destas pessoas.

² Tradução livre de “*the premisses of health insurance is simple: for any one person, necessary health care can be unpredictable and very costly, but relatively few people will need health care at any particular time. Thus, by ‘pooling’ the risk of large health care expenditures over many people, health insurance can make necessary health care affordable to all*”.

³ Para MATOS FILHO & CÂNDIDO JR. (1997), entende-se por risco sistêmico a probabilidade de a quebra de uma instituição gerar, por infecção, falhas em outras instituições, levando, por contágio, a uma queda generalizada de padrões financeiros das empresas e, com efeito, dos serviços prestados ao consumidor.

CAPÍTULO 2 – BASE LEGAL DA REGULAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

2.1. Marco Regulatório da Saúde Suplementar

O mercado de assistência privada à saúde, apesar de suas origens em meados do século passado, somente veio a receber maior atenção legislativa na década de 1990. A inexistência de regulamentação permitiu uma grande quantidade e diversidade de agentes operadores neste setor em função dos baixos custos de transação (COSTA & CASTRO, 2003), sendo que somente as seguradoras que operavam no ramo saúde possuíam alguma regulação e balizamento, dada a previsão do artigo 129 e seguintes do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.¹

Diante do crescimento do mercado de saúde suplementar, em particular no final dos anos 80 e início dos 90, acompanhado de um intenso e crescente volume de reclamações dos consumidores contra os chamados planos de saúde, várias propostas legislativas foram ponderadas a partir do Projeto de Lei nº 93², iniciado no Senado Federal, que resultou na edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que instituiu critérios de cobertura assistencial e condições para sua oferta no mercado, além de um controle operacional e financeiro dos agentes que pretendessem nele se manter.

Posteriormente, foi editada a Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras que operam planos privados de saúde, equiparando-as, para todos os efeitos, às operadoras de planos de assistência à saúde, bem como o seguro saúde ao plano privado de assistência à saúde.

Naquele primeiro momento, o modelo de regulação do mercado de saúde suplementar previa um controle dicotômico, sendo que ao Departamento de Saúde Suplementar - DESAS, órgão do Ministério da Saúde, sob a normatização do CONSU, incumbiria a verificação dos aspectos assistenciais da regulação, enquanto que à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, com base nas normas editadas pelo CNSP, competiria o acompanhamento econômico-financeiro, que já exercia poder de polícia sobre as seguradoras que operavam no segmento de seguro saúde (MS/ANS, 2004).

A Lei nº 9.656/98 disciplinou questões fundamentais para um funcionamento mais ordenado do mercado de saúde suplementar. Trouxe definições do produto que se opera no setor (plano privado de assistência à saúde), optando por enquadrar como agente regulado a empresa ou entidade que opera este produto, independentemente da natureza de sua personalidade jurídica, à qual denominou de operadora de planos de assistência à saúde. Tratou também de conferir uniformidade aos produtos ofertados no mercado e de exigir transparência nos contratos, tendo, para isso, definido prazos de carência e vedado limitações e exclusões de procedimentos médico-hospitalares e odontológicos e a discriminação de consumidores. Na área econômica, estabeleceu controle de preços dos produtos, bem como condicionou a entrada no mercado pela via da autorização de funcionamento, definindo critérios e condições para a operação nesse mercado, entre as quais cabe citar a necessidade de demonstração de viabilidade econômico-financeira da operadora (MESQUITA, 2002).

A Lei nº 9.656/98 foi, de pronto, alterada pela Medida Provisória nº 1.665, de 4 de junho de 1998, contemplando as alterações que foram negociadas no Senado Federal, visando evitar o retorno do Projeto de Lei à Câmara dos Deputados e, com isso, adiar a edição da norma. Após essa Medida Provisória, 43 outras foram editadas até a MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, cuja redação é a que continua em vigor até a deliberação definitiva pelo Congresso Nacional.

As Medidas Provisórias sucessivamente editadas trouxeram várias modificações à Lei nº 9.656/98, cabendo ressaltar que a definição das competências regulatórias entre os órgãos governamentais foi questão avaliada mais de uma vez. O modelo inicial de regulação econômico-financeira e assistencial dividido entre os Ministérios da Fazenda (CNPS/SUSEP) e da Saúde (CONSU/DESAS) levaram à ausência de sinergia na condução do processo regulatório (ANS/MS, 2004). Diante disso, as competências regulatórias passaram, com a MP nº 1.908-18/99 a estar unificadas no Ministério da Saúde.

Entretanto, alteração relevante quanto à definição do órgão responsável pelas funções de regulação ocorreu com a edição da MP nº 1908-20, de 25 de novembro de 1999, que transferiu para a Agência Nacional de Saúde Suplementar todas as atribuições de regulação do mercado de saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi, então, criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com a finalidade institucional de promover toda a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, com vistas a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde por meio de propostas de políticas e diretrizes desenhadas especialmente para avaliar, fiscalizar e aplicar os conceitos norteadores do segmento de saúde privada no País.

Nesse sentido, no escopo econômico-financeiro da regulação sob a tutela da ANS, destaca-se a opção, na Lei nº 9.656/98, pela implantação de diretrizes gerais de contabilidade, atuariais, estatísticas, patrimônio líquido, capital mínimo e constituição de provisões, visando à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro no setor.³

Observa-se, assim, a preocupação com o monitoramento da solvência do mercado, tendo sido atribuído à ANS, pela Lei nº 9.961/2000, a missão de zelar por tais diretrizes. Expressa, ainda, a legislação vigente a necessidade de observância das peculiaridades e características específicas de cada uma das operadoras de planos privados de assistência à saúde⁴.

2.2. Regulamentação de Âmbito Econômico-Financeiro

Para a consecução dos objetivos definidos e dos critérios estabelecidos tanto pela Lei nº 9.656/98, como pela Lei nº 9.961/2000, foi desenvolvida a denominada “regulação de base ou estrutura”. Em outras palavras, a necessidade do estabelecimento de regras iniciais para que a regulação pudesse avançar posteriormente.

Com objetivo de não haver qualquer ruptura de conceitos já sedimentados, os normativos do mercado segurador foram adaptados ou mantidos, o mesmo acontecendo com alguns outros normativos do setor financeiro. Neste contexto, foram de grande importância a publicação da norma de concessão da autorização provisória de funcionamento, a de criação do plano de contas padrão como instrumento de monitoramento econômico-financeiro e da de segmentação, onde as operadoras foram classificadas em diferentes modalidades organizacionais.

Vários critérios foram observados pela ANS, visando tornar as regras não apenas efetivas, mas reais e eficazes. Para tanto, variáveis foram eleitas, segundo a região de atuação da operadora, com o objetivo de identificar os mercados que oferecem maior ou menor volume de operação em função da demanda pelo tamanho da população ou nível de renda.

Essa regulamentação cuidou das peculiaridades e características específicas de cada uma das operadoras, haja vista a existência de uma gama variada de operadoras, em termos de porte, fisionomia jurídica e universo de atuação, tendo a ANS de observar as distinções de cada grupo.

Dessa feita, a normatização buscou dar tratamento isonômico aos agentes regulados, atentando para a estrutura e natureza das pessoas jurídicas de cada modalidade de operadora. Foram observadas, ainda, as regiões de atuação das operadoras, eis que a regulação não poderia ignorar, por exemplo, a expectativa ou o volume de oferta existente nas diferentes regiões do país.

Foi igualmente observado o porte das diversas operadoras, visto que o tamanho da massa assistida é determinante para a diluição do risco e, por conseguinte, para o resultado do sucesso da garantia da prestação assistencial. Este, juntamente com os critérios anteriores, é um elemento fundamental para que haja a efetividade da regulação, não havendo risco de serem editadas normas fora da realidade que dificilmente seriam cumpridas e aplicadas pelas operadoras.

Levou a ANS, também, em consideração à eventual existência de rede própria para prestação do serviço de saúde pelas operadoras, pois que tal titularidade importava para definição do gerenciamento do negócio da operadora, no controle do custo, na proximidade de solução dos desejos do consumidor e em uma maior facilidade na prestação do seu serviço fim.

A combinação de todas estas variáveis resultou no método de segmentação e classificação das operadoras, sendo que a norma editada, RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, passou a representar a espinha dorsal de toda a regulação estrutural e prudencial da ANS.

Cuidou a ANS da elaboração de análise, estudo e ponderação técnica sobre a capacidade de adequação das operadoras ao impacto da regulamentação, em virtude do custo regulatório que as novas regras poderiam produzir no mercado. Por essa razão, vários normativos editados contemplavam cláusulas de vacância ou regras de progressão para atendimento de situações específicas, permitindo que os diversos segmentos acolhessem a regulação sem grandes impactos para sua atividade.

Como já dito, um dos principais objetivos da regulação da ANS é reduzir o risco sistêmico do mercado, pela exigência de capacidade profissional e econômico-financeira das firmas, mediante a adoção de mecanismos de barreira de entrada e de controle da solvência. No caso da ANS, a implementação dessas ações se deu através de normatização que reflete a medidas de regulação prudencial e estrutural. O Quadro 2.1 sintetiza os principais normativos:

Quadro 2.1
Normativos de regulação econômico-financeira

PRUDENCIAIS	ESTRUTURAIS
<ul style="list-style-type: none"> † Plano de Contas (RN n.º 27 e 28) † Ativos Garantidores (RN n.º 67) † Garantias Financeiras (RDC n.º 77) † Margem de Solvência (RN n.º 14 e 57) † Acompanhamento Econ-Fin: <ul style="list-style-type: none"> † DIOPS (RN n.º 29) † Plano de Recuperação (RDC n.º 22) † Regimes Especiais (RN n.º 52) 	<ul style="list-style-type: none"> † Segmentação (RDC n.º 39) † Regras de Acesso (RDC n.º 05 e 77) † Liquidação Extrajudicial (RDC n.º 47) † Atos Societários (RDC n.º 83) † Administradores (RN n.º 11)

2.2.1. Procedimentos para Registro e Qualificação das Operadoras

A autorização de funcionamento (registro provisório) foi fundamental nos primeiros momentos de regulação tutelada pela ANS, bem como todo o trabalho de transição do que já havia sido feito pela SUSEP no que tange à habilitação de operadoras para atuar no mercado de saúde suplementar.

Os critérios para autorização foram materializados, no âmbito da ANS, com a edição da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 5, de 5 de fevereiro de 2000, que dispõe

sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Ressalta-se que esta Resolução buscou adotar mecanismos operacionais simplificados de padronização de conteúdos e rotinas que possibilitaram a implementação do processo de registro.

Importante destacar, também, o cuidado da ANS na adequação das normas à realidade do mercado, a fim de dar-lhes as devidas legitimação e institucionalização do processo regulatório, tendo sido, assim, considerada, principalmente, a existência de um mercado pulverizado e multifacetado em termos de porte e estrutura organizacional.

2.2.2. A segmentação e a RDC n° 39/2000

Além da normatização para viabilizar a autorização de funcionamento através do registro e cadastro das operadoras, tratou a ANS ainda da definição de uma segmentação entre as diversas categorias encontradas no mercado até então.

Resultado disso foi a edição da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000, norma que ratificou a necessidade de serem observadas às peculiaridades operacionais de cada uma das operadoras na concessão da autorização de funcionamento, preservando, assim, as características do mercado de saúde suplementar e os segmentos já existentes.

Vale observar que a segmentação fundamenta-se no próprio marco legal, conforme a determinação do art. 8º, VI da Lei nº 9.656/98⁵, como também do art. 4º, X da Lei nº 9.961/2000⁶.

É importante destacar, ainda, que as medidas estruturais consubstanciadas na RDC nº 39/2000 podem ser vistas como alicerce da regulação econômico-financeira sobre o mercado de saúde suplementar. Desse modo, a definição de segmento e modalidade contida nessa norma, para refletir as peculiaridades operacionais das operadoras, demandou a instauração de Câmara Técnica, a fim de que houvesse uma ampla discussão com os representantes do mercado, propiciando, assim, maior transparência no processo de regulação e adequação das normas às realidades do mercado.

Na avaliação da ANS, após o consenso obtido com o próprio mercado, as diferenças estruturais e operacionais existentes entre as operadoras podem se dar em quatro níveis, a saber:

- *porte* - caracterizadas como de pequeno, médio ou grande porte;
- *constituição da pessoa jurídica* - as operadoras que atuam no mercado de saúde suplementar podem se constituir como sociedades comerciais ou civis, associações, fundações e até como firma individual;
- *finalidade de lucro* - as operadoras podem ter finalidade lucrativa ou não;
- *existência de rede própria* - as operadoras podem possuir ou não rede própria de prestadores de serviço.

A RDC nº 39/2000 buscou, assim, preservar as características do mercado de saúde suplementar, considerando os segmentos já existentes e o risco diferenciado de cada espécie de operadoras em sua atuação. Nesse sentido, as empresas e entidades que operam planos de saúde têm seus tipos de atenção divididos em *médico-hospitalar* ou *odontológico* e devem se classificar, conforme definido na norma, nas seguintes modalidades:

- Administradoras de planos;
- Cooperativas Médicas;
- Cooperativas Odontológicas;
- Autogestão;
- Medicina de Grupo;
- Odontologia de Grupo; e
- Filantropias.

Cabe destacar que a rede própria hospitalar forma-se por todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade da operadora ou de entidade ou empresa controlada pela operadora ou de entidade ou empresa controladora da operadora, valendo a mesma definição para as clínicas odontológicas, desde que legalmente incorporadas ao patrimônio da operadora. A rede própria médica, de outra parte, constitui-se de

profissional assalariado ou cooperado da operadora, sendo o mesmo raciocínio para os profissionais em odontologia. Nessa esteira, dependendo do posicionamento da operadora com relação ao percentual de gastos em rede própria, pode ser classificada em alguns segmentos.

Categorias de segmentação por nível de utilização de rede própria para operadoras de planos médico-hospitalares ou odontológicos podem ser observadas nos Quadros a seguir:

Quadro 2.2
Categorias do segmento médico-hospitalar segundo rede própria

Categorias		Proporção dos gastos
SPP	Segmento Primário Principal	60% rede própria
SPP/SUS	Segmento Primário Principal/SUS	60% rede própria e 30% SUS
SPS	Segmento Primário Subsidiário	30% < rede própria < 60%
SSP	Segmento Secundário Principal	60% médicos próprios
SSS	Segmento Secundário Subsidiário	30% < médicos próprios < 60%
ST	Segmento Terciário	rede própria < 30%

Fonte: RDC n.º 39/2000.

Quadro 2.3
Categorias do segmento odontológico segundo rede própria

Categorias		Proporção dos gastos
SP	Segmento Odontológico Principal	30% < rede própria
SM	Segmento Odontológico Misto	10% < rede própria < 30%
ST	Segmento odontológico terciário	rede própria < 10%

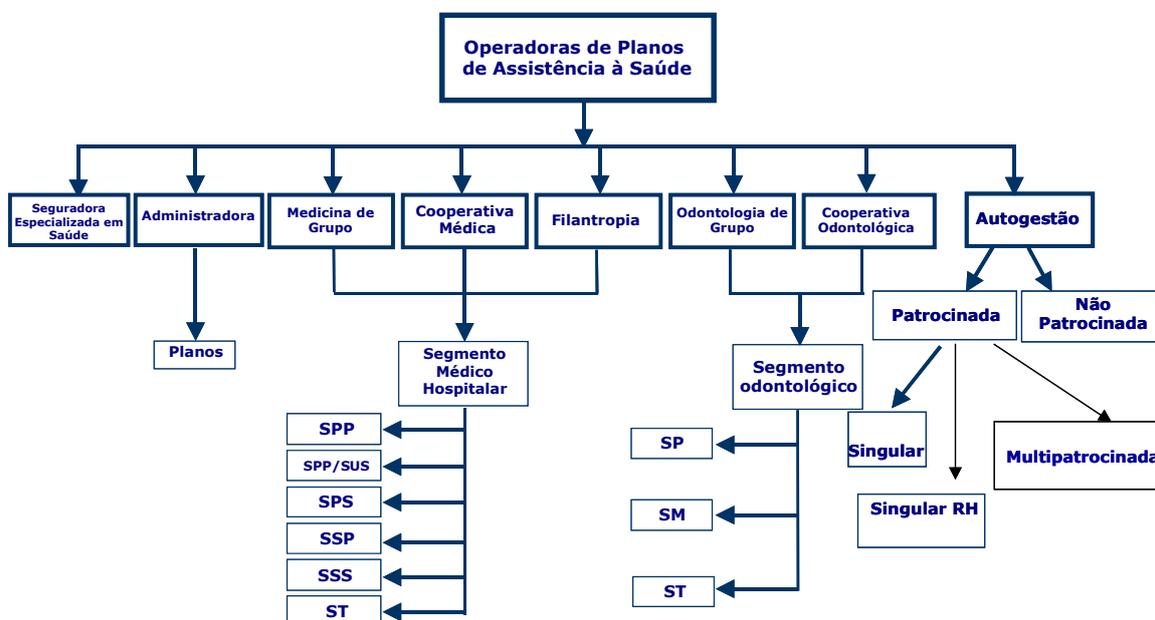
Fonte: RDC n.º 39/2000.

A opção de criação dos segmentos de classificação para as operadoras se deu em função da necessidade de identificação do percentual que as operadoras iriam despende com gastos com serviços hospitalares, médicos ou odontológicos em rede própria, visando à avaliação do risco inerente à operação para posterior determinação das exigências para constituição de garantias financeiras.

A adoção de um modelo que incorpora a presença ou não de rede própria se deve ao fato de que operadoras que trabalham com maior concentração de suas atividades em rede de serviços próprios apresentam menor risco de insolvência, em razão de alguns fatores como maior liberdade na formação do preço de venda, controle mais efetivo dos gastos assistenciais e melhor qualidade da assistência.

A Figura 2.1 apresenta o resultado final da RDC nº 39/2000, em sua versão original, de segmentação sob a forma de fluxograma.

Figura 2.1
Modalidades e segmentos das operadoras



Fonte: RDC n.º 39/2000.

Destaca-se dentre essas modalidades que o mercado de saúde suplementar contempla a de *seguradoras especializadas em saúde*, assim definida na Lei nº 10.185/ 2001, que a equiparou à operadora de plano de assistência à saúde. Além disso, pela RN nº 40, de 6 de junho de 2003, foi excluída a modalidade de administradora de serviços, uma vez que restou vedada a operação do chamado cartão de desconto por operadoras de planos de assistência à saúde, pelo que aquelas anteriormente ali enquadradas estão em fase de transformação do seu objeto social, sendo esta uma condição para atuar no mercado de saúde suplementar.

2.2.2.1. As Seguradoras Especializadas em Saúde - SES

As seguradoras especializadas merecem enfoque especial. Como já se disse, trata-se da única modalidade que, antes do marco regulatório, já tinha suas atividades submetidas a um mercado regulado, sendo, até então, disciplinadas pelas regras do Decreto-lei nº 73/66 e com toda uma regulamentação há anos definida e estruturada.

A partir do marco regulatório e, em particular, com a edição da Lei nº 10.185/2001, a atuação das seguradoras no setor saúde ficou condicionada à criação de empresa específica. as Seguradoras Especializadas em saúde, que se definem como sociedades que operam o seguro enquadrado como plano ou produto de saúde definido pela Lei nº 9.656, de 1998, nos termos do seu art. 1º, I e §1º, devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem atuar em outros ramos do seguro.

No entanto, a fim de evitar solução de continuidade no processo regulatório dessas seguradoras, optou-se, na RDC nº 65, de 16 de abril de 2001, por recepcionar todas as normas editadas pelo CNSP e SUSEP para regular os aspectos econômico-financeiros das sociedades seguradoras especializadas em saúde, até regulamentação em sentido diverso pela ANS. Significa dizer que os normativos do mercado segurador vigentes até dezembro de 2000, permanecem aplicáveis às seguradoras especializadas em saúde.

Desta feita, a competência exercida pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP em relação a essas seguradoras passou a ser exercida pela ANS. A RDC nº 65/2001 exigiu, ainda, que as seguradoras especializadas em saúde oriundas de cisão de sociedade seguradora ou alteração no objeto social devessem ratificar seu registro na ANS, com vistas a homologar sua especialização.

Naturalmente, com a maturação da regulação da ANS, definição dos grupos interessados na continuidade e diante da necessidade de atualização de alguns pontos, novos normativos foram elaborados, resultando na edição de várias normas específicas, a saber:

- RN nº 06, de 29 de abril de 2002, que dispõe sobre o envio de dados operacionais pelas seguradoras especializadas em saúde;
- RN nº 14, de 25 de outubro de 2002, que dispõe sobre a margem de solvência das sociedades seguradoras especializadas em saúde;
- RN nº 26, de 3 de abril de 2003, que estabelece critérios para registro e avaliação contábil de títulos e valores mobiliários para as seguradoras especializadas em saúde e para as operadoras de planos de assistência à saúde;

- RN n° 28, de 3 de abril de 2003, que institui o Plano de Contas aplicável às seguradoras especializadas em saúde;
- RN n° 47, de 15 de setembro de 2003, que aprova o Programa Transmissor de Arquivos - PTA entre Operadoras de planos privados de assistência à saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para transmissão dos arquivos da base de dados econômico-financeira e contábil das sociedades seguradoras especializadas em saúde, Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC) e Sistema de Informações de Produtos (SIP);
- RN n° 57, de 19 de dezembro de 2003, que dispõe sobre a margem de solvência das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.

Vale ressaltar que no tocante à constituição de garantias financeiras, já exigidas anteriormente pela SUSEP, estas passaram a ser reguladas pela ANS, conservados, contudo, os requisitos técnicos exigidos por aquele órgão regulador.

2.2.3. O Plano de Contas Padrão

Na esteira das normas imprescindíveis para o monitoramento do mercado de saúde suplementar e vencida a etapa da segmentação de operadoras, deu-se a implementação do Plano de Contas padronizado para o setor.

O Plano de Contas Padrão – PCP é o principal instrumento de controle operacional das empresas, principalmente em mercados regulados, propiciando uma análise mais completa e correta do desempenho das operadoras e de uma mesma operadora ao longo de sua existência. No caso da saúde suplementar, a padronização da escrituração contábil permite fazer comparações de desempenho entre operadoras do mesmo e de diferentes portes, viabiliza o fornecimento por parte das operadoras de informações gerenciais, como também facilita as ações fiscalizadoras sobre as mesmas.

Além disso, um Plano de Contas padronizado oferece subsídios às decisões do órgão regulador, bem como a padronização dos dados de custos referentes aos produtos operados e do envio periódico de informações econômico-financeiras, proporcionando uma otimização ao acompanhamento e análise da solvência dos agentes regulados.

Importante ressaltar que teve a ANS o cuidado de, na elaboração do PCP, considerar as especificidades e complexidade do mercado, uma vez que as diferentes formas de organização, estrutura e porte das operadoras demandam a existência de contas diferenciadas, adequadas ao tipo de modalidade e segmento da operadora, para viabilizar uma fidedigna apuração dos resultados. A estrutura do PCP é produto do consenso formado entre ANS e os representantes do mercado durante a Câmara Técnica Contábil instaurada imediatamente após a Câmara Técnica de Segmentação.

O PCP foi instituído pela ANS através da RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, aplicável às operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, incorporando as sugestões recebidas dos vários atores do setor. Tais cuidados justificaram-se pela real necessidade de institucionalização dos controles de solvência, sem que isso implicasse grande impacto para o mercado, atendendo, assim, a uma necessidade de transição entre uma situação de mercado não regulado para o ambiente da regulação.

Para ilustrar essa preocupação, observa-se que a RDC nº 38/2000 previu um Cronograma de Execução consensuado, em que a implementação do PCP é feita paulatinamente, assim como a publicação das demonstrações contábeis e a forma de utilização do PCP é exigida de modo diferenciado, segundo o porte da operadora, como se pode observar no quadro de referência cruzada de contas *versus* segmentos, que indica as contas que devem ser utilizadas de acordo com a modalidade e segmento de operadora, conforme demonstra o Quadro 2.4:

Quadro 2.4
Quadro de referência cruzada

CONTAS x SEGMENTOS

CÓD.	CONTA	ADM	APA	ANP	COM	COD	MGL	MGN	OGL	OGN	SEG
1211	Caixa	X		X	X	X	X	X	X	X	X
1212	Bancos-c/ Depósitos	X		X	X	X	X	X	X	X	X
1231	Contraprest. Pecun.Receber Assist. Méd. Hospitalar			X	X		X	X			
1232	Contraprest. Pecun.Receber Assist. Odontológica					X			X	X	
1251	Comissões Diferidas Oper. Assist. Méd. Hospitalar			X	X		X	X			
1252	Comissões Diferidas Operações Assist. Odontológica					X			X	X	
1522	Imóveis de uso próprio	X		X	X	X	X	X	X	X	X
2281	Obrigações a Pagar	X		X	X	X	X	X	X	X	X
2282	Depósitos de Terceiros	X		X	X	X	X	X	X	X	X
2511	Capital Social	X		X	X	X			X		X
2611	Patrimônio Social							X		X	
3111	Contraprest. Emitidas Assist. Méd. Hospitalar			X	X		X	X			
3213	Prêmio Cancelado										X
3215	Prêmio Resseguro Cedido										X
6111	Impostos e Contribuições (IRPJ e CSL)	X					X		X		X
6121	Despesas c/ Particip. Lucros e Resultados	X					X		X		X

Nota: ADM – Administradora; APA - Autogestão Patrocinada; ANP - Autogestão Não Patrocinada; COM - Cooperativa Médica; COD - Cooperativa Odontológica; MGL- Medicina de Grupo Lucrativa; MGN- Medicina de Grupo Não Lucrativa; OGL- Odontologia de Grupo Lucrativa; OGN- Odontologia de Grupo Não Lucrativa.

Fonte: RDC nº 38/2000 e RN nº 28/2003

É importante ressaltar ser medida recomendável que a revisão de um Plano de Contas padronizado se dê periodicamente, a fim de acompanhar a dinâmica do mercado. No caso da ANS, o PCP da ANS já passou por duas revisões, sendo a primeira pela RN nº 3, de 19 de abril de 2002, e a segunda pela RN nº 27, de abril de 2003. Vale destacar, ainda, que a RN nº 28/2003 tratou de instituir o plano de contas específico para as seguradoras especializadas em saúde, incorporando nesta norma praticamente toda a estrutura já estabelecida na regulação do mercado segurador, a fim de evitar solução de continuidade para esta modalidade.

2.2.4. As Garantias Financeiras

A Lei nº 9.656/98, em seu art. 35-A, IV, *d*, determina competir à ANS fixar critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis ou fundos especiais ou seguros garantidores.

A constituição das garantias financeiras para o mercado de saúde suplementar tem seu arcabouço baseado em várias normas vigentes, podendo destacar-se:

- A Resolução CNSP nº 36, de 08 de dezembro de 2000, apenas para as seguradoras especializadas em saúde, que dispõe sobre os critérios de

constituição das provisões técnicas das sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência privada e sociedades de capitalização e que foi convalidada pela RDC nº 65, de 16 de abril de 2001;

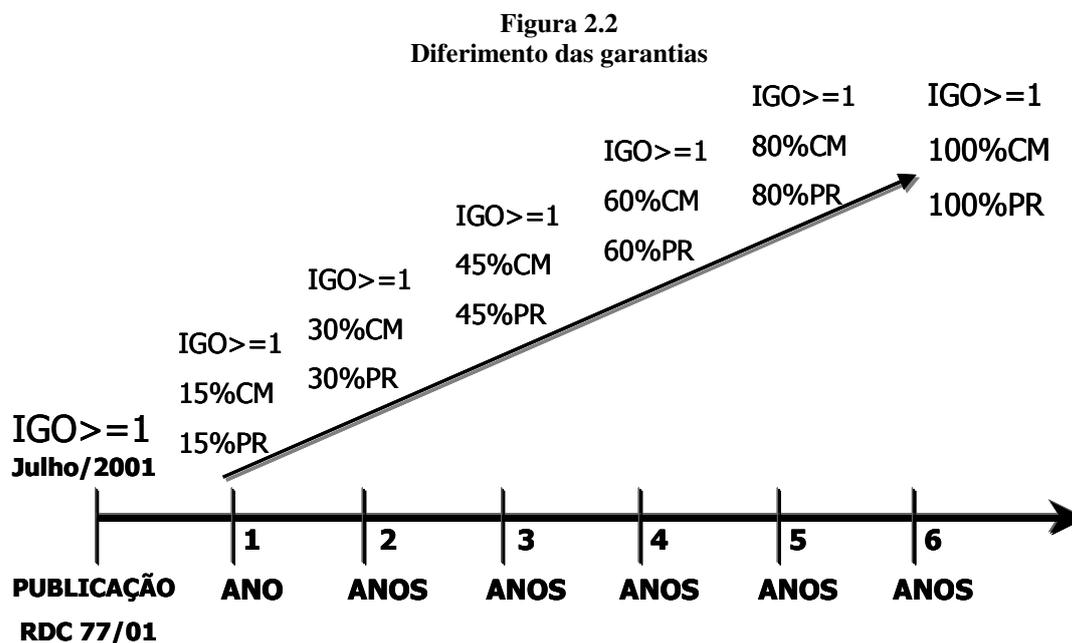
- RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, exceto Sociedades Seguradoras e Autogestões Patrocinadas;
- RN nº 14, de 24 de outubro de 2002 (modificada pela RN nº 57, de 17 de dezembro de 2003), que dispõe sobre a margem de solvência das sociedades seguradoras especializadas em saúde e altera a RDC n.º 77/01;
- RN nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, que dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para aceitação como garantidores.

Desses normativos importa destacar a RDC nº 77/2001, por ter sido marco na exigência de garantias pelas operadoras à continuidade de suas atividades. Observa-se que a norma de garantias utiliza premissas e valores condizentes com a situação econômico-financeira encontrada no setor, além de incorporar princípios técnicos já adotados para o mercado segurador, respeitando as características das demais modalidades de operadoras.

Dois critérios são definidos para o cálculo das garantias financeiras, conforme a RDC nº 77/2001: a segmentação e a região de atuação das operadoras. No primeiro caso, utiliza-se como base a RDC nº 39/2000 e, no segundo, segue-se a lógica de se dar tratamento distinto às operadoras que atuam em diferentes Estados e Municípios em função de fatores como diferença do número de habitantes, poder aquisitivo, PIB regional e local etc., por gerarem impacto no volume de operação e, com efeito, no risco assumido pelas operadoras.

Outro elemento importante presente na norma é que as operadoras que iniciaram suas atividades em data anterior à vigência da RDC nº 77/2001 tiveram a prerrogativa de

constituir as garantias financeiras diferidas em até seis anos contados da data de publicação da Resolução, como demonstra a Figura 2.2:



sendo: IGO (índice de giro operacional), CM(capital mínimo) e PR (provisão de Risco).

Assim, mais do que exigir que as operadoras de planos de saúde passassem a contabilizar tais provisões, cuidou ainda a ANS de iniciar as regras para o controle dos bens garantidores de tais provisionamentos. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões passaram a ser registrados na ANS e não podem ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização do órgão regulador.

Para a maior efetivação e segurança deste controle, a ANS possui acesso a sistemas de custódia onde as operadoras vinculam os seus Ativos Garantidores. Pode-se citar a Central Custódia e de Liquidação Financeira de Títulos – CETIP Sistema de Reserva Técnica - SRT, o Departamento de Mercado Aberto - DEMAB da SELIC e a Central Brasileira de Liquidação e Custódia – CBLC. O acesso a esses três sistemas permite que todas as informações acerca das contas de custódia sejam enviadas diariamente à ANS por meio eletrônico.

2.2.4.1. Capital Mínimo, Margem de Solvência e Provisões Técnicas

Outro aspecto importante no acompanhamento econômico-financeiro está na obediência do capital mínimo, da margem de solvência e das provisões técnicas. Na forma instituída pela RDC nº 77/2001, as operadoras devem constituir as seguintes garantias financeiras: capital mínimo, margem de solvência, provisão de risco e provisão para eventos ocorridos e não-avisados (IBNR - *Incurring but not Reported*).

O Capital Mínimo tem por objetivo representar o valor mínimo, em complementação às provisões, que a operadora deverá dispor, a qualquer, tempo para garantir suas operações. Quando do início de suas atividades, serve de balizamento da capacidade da operadora em assumir novos riscos.

A margem de solvência, espécie de garantia conhecida e utilizada para o mercado segurador, visa representar uma reserva suplementar às provisões técnicas mantidas pela operadora, com a finalidade de suportar oscilações em suas operações.

A regulamentação das provisões técnicas visa preservar a segurança e liquidez das operadoras e correspondem a montantes a serem contabilizados em contas do passivo da operadora com o objetivo de garantir que as obrigações financeiras para com os seus beneficiários sejam cumpridas. Seu correto dimensionamento visa permitir uma avaliação adequada das responsabilidades reais das operadoras.

A RDC nº 77/2001 determina que as operadoras constituirão, mensalmente, a provisão de risco e a provisão para eventos ocorridos e não-avisados (IBNR), esta última apenas para as operadoras registradas após a publicação dessa norma.

A provisão de risco busca garantir as obrigações contratuais, tendo por base o conceito de apropriação e insuficiência da contraprestação, enquanto que a provisão para eventos ocorridos e não-avisados tem por objetivo avaliar o montante dos pagamentos futuros de eventos ocorridos no passado, que ainda não são de conhecimento das operadoras.

2.2.5. Monitoramento do Controle Societário das Operadoras

Cuidou, ainda, a ANS de reconhecer, normatizar e conhecer os atos empresariais das operadoras, nas hipóteses de os sócios ou acionistas majoritários decidirem por transferir seu controle societário para terceiros. Com esse objetivo, foi editada a RDC nº 83, de 16 de agosto de 2001, exigindo que os adquirentes demonstrem sua idoneidade e projeto de aquisição da operadora.

2.2.6. Critérios para o Exercício do Cargo de Administrador de Operadora

A regulação do mercado de saúde suplementar, por envolver poupança popular e risco sistêmico, não pode se limitar ao controle da capacidade econômico-financeira das operadoras, devendo alcançar, também, sua capacidade gerencial. A qualidade da gestão constitui fator determinante para a higidez financeira das operadoras, requisito este para a garantia da continuidade da assistência à saúde. Por essa razão é que a ANS tratou de fixar exigências de qualificação profissional dos dirigentes das operadoras, sendo este um caminho para a profissionalização do setor.

Nesse sentido, foi editada a RDC nº 79, de 27 de julho de 2001 (modificada pela RN nº 11, de 22 de julho de 2002), para exigir do ocupante do cargo de administrador, entre outros requisitos, experiência profissional mínima de dois anos, reputação ilibada, ausência de impedimentos legais, além de não ter participado da administração de empresa que esteja em direção fiscal ou em liquidação extrajudicial até que seja apurada a sua responsabilidade e não estar inabilitado para cargos de administração em outras instituições reguladas.

2.2.7. Acompanhamento Econômico-Financeiro e Medidas Saneadoras

O processo de regulação econômica do mercado de saúde suplementar demanda a adoção de rotinas e mecanismos para promover o acompanhamento dos aspectos econômico-financeiros e de solvência do mercado de saúde suplementar.

Para tanto, a ANS se inspirou no modelo de acompanhamento nos modelos já utilizados no Sistema Financeiro Nacional, notadamente a partir da experiência do BACEN e da SUSEP. Essa medida se justifica pela dificuldade inerente à inexistência de qualquer estrutura anterior.

2.2.7.1. Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS

A ANS criou o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS, instrumento de acompanhamento da ANS, objetivando consolidar quadros demonstrativos a serem enviados trimestralmente pelas operadoras, referentes a sua situação econômico-financeira, dados cadastrais e informações operacionais. O DIOPS foi instituído pela DIOPE na Resolução de Diretoria - RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001.

O DIOPS é a ferramenta que permite o acompanhamento pela ANS dos fatores econômico-financeiros, administrativos e societários relevantes das Operadoras. É a partir de sua base de dados que se estabelece um programa de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, permitindo, com efeito, definir indicadores de desempenho, avaliar tendências, entre outras ações regulatórias. Esse monitoramento sobre o mercado é fundamental para que o órgão regulador possa atuar de maneira preventiva, com vistas a preservar o equilíbrio do mercado e, com isso, garantir a manutenção da assistência à saúde prestada.

Destaca-se que, no caso das seguradoras especializadas em saúde, a ANS manteve as ferramentas de acompanhamento já existentes no âmbito da SUSEP, resultando na ratificação do Formulário de Informações Periódicas - FIP/ANS, que dispõe, como o DIOPS, sobre os quadros demonstrativos a serem encaminhados mensalmente a ANS pelas seguradoras referentes a sua situação econômico-financeira, dados cadastrais e informações operacionais.

O monitoramento econômico-financeiro do mercado de saúde suplementar resulta em medidas a serem adotadas pelo órgão regulador, sendo de se destacar o Plano de Recuperação e os Regimes Especiais.

2.2.7.2. Plano de Recuperação

O Plano de Recuperação representa um instrumento utilizado pela ANS de solicitação à operadora quando detectados indícios de problemas econômico-financeiros. O Plano de Recuperação, instituído pela RDC n.º 22, de 30 de maio de 2000, solicitado pela ANS contempla a exigência de prazos, metas e procedimentos a serem adotados, inclusive com informações referentes aos aportes de recursos através de capitalização e projeções das principais receitas e despesas da operadora.

Uma vez apresentado pela operadora, o Plano é submetido a uma apreciação técnica e, após isso, à análise e manifestação da Diretoria Colegiada, que pode opinar por sua aprovação, pela alteração de prazos e redefinição das metas ou por sua rejeição parcial ou integral.

Relevante notar ainda que o Plano de Recuperação pode resultar em regime especial de Direção Fiscal, nas hipóteses em que não for apresentado, quando houver rejeição integral pela Diretoria Colegiada ou, se apresentado e aprovado, não cumprido pela operadora.

2.2.7.3. Regimes Especiais e Liquidação Extrajudicial

Além de instituir instrumentos regulares de disposição de ativos e formação de garantias, é preciso que a ANS detenha certo grau de controle sobre a maneira pela qual as operadoras conduzem seus negócios e forma pela qual gerem seus recursos. Segundo SIQUEIRA (2001), é necessário aparelhar o órgão regulador de um aparato normativo suficiente para permitir o manejo oportuno dos mecanismos postos à sua disposição, visando ao saneamento preventivo do mercado, com a solução de problemas de liquidez momentânea.

Nesse sentido, prevê a Lei n.º 9.656/98 a adoção de medidas saneadoras para minimizar o risco sistêmico do mercado por meio da instauração dos chamados regimes especiais, em que há uma interferência mais direta do órgão regulador sobre as operadoras, quando constatada a iminência ou a inevitabilidade de insolvência.

São três as modalidades de regime especial: a direção fiscal, a direção técnica, regulamentadas pela RDC nº 40, de 12 de dezembro de 2000 (modificada pela RN nº 52, de 14 de novembro de 2003), e liquidação extrajudicial, normatizada pela RDC nº 47, de 3 de janeiro de 2001.

Ressalta-se que, diante da semelhança do risco na exploração da atividade, mais uma vez o marco regulador do mercado de saúde suplementar se valeu da experiência dos órgãos de controle e fiscalização do mercado segurador e financeiro.

No entanto, a direção técnica não se pautou em experiência regulatória anterior, uma vez que foi estipulada especificamente para o mercado de saúde suplementar, com o objetivo de sanear anormalidades administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, mas que não sejam decorrentes de fatores econômico-financeiros.

Já a direção fiscal tem por objetivo o saneamento das anormalidades econômico-financeiras detectadas, mas sua decretação não afeta o curso regular dos negócios da operadora nem seu normal funcionamento. A nomeação do Diretor Fiscal não implica o afastamento dos administradores da sociedade, cumprindo-lhe exercer alguns atos de gestão e monitorar os atos negociais dos administradores.

Os objetivos da Direção Fiscal residem, portanto, na tentativa de recuperação econômico-financeira da operadora, de forma a viabilizar, se possível, que a assistência à saúde continue a ser prestada por uma empresa saneada e tida por viável.

A direção fiscal pode ser instaurada sempre que houver patrimônio líquido negativo, insuficiência de recursos garantidores e não apresentação/reprovação de plano de recuperação, tendo prazo de duração determinado em 365 dias.

No curso desse regime, é feito pelo Diretor Fiscal o levantamento das informações contábeis e financeiras, de forma a acompanhar, avaliar e propor soluções para os problemas detectados quando da instauração do regime. Suas ações estão, portanto, voltadas para a orientação, coordenação e supervisão das atividades da operadora.

Posteriormente, o Diretor Fiscal pode sugerir à operadora, conforme o caso, a elaboração de um plano de saneamento, o qual deve ser encaminhado à ANS para análise e aprovação. Caso seja aprovado, o regime é levantado e o plano acompanhado pela ANS. Se rejeitado parcialmente ou totalmente, a operadora pode ajustar o plano ou o Diretor Fiscal, conforme a gravidade do caso, pode propor à ANS a alienação da carteira e posterior liquidação extrajudicial.

Cabe ressaltar, que no curso da Direção Fiscal, a operadora pode fazer a transferência voluntária de sua carteira quando verificar que não possui condições financeiras e operacionais para sanar as suas pendências, tendo sido tal situação disciplinada pela RDC nº 25, de 15 de junho de 2000.

A Direção Fiscal pode, portanto, ter os seguintes desfechos: na volta da operadora à situação de normalidade econômico-financeira; pela solução de mercado consistente na transferência da atividade econômica (alienação da carteira); e com a superveniência da liquidação extrajudicial da operadora.

Assim é que, na hipótese de persistir a situação de risco patrimonial, a ANS pode utilizar-se do remédio extremo da liquidação extrajudicial e da determinação de alienação compulsória das carteiras das operadoras, na forma das RDC nº 82, de 16 de agosto de 2001, ou da RDC nº 84, de 20 de setembro de 2001.

Vale dizer que consiste a liquidação extrajudicial medida de natureza mais drástica, destinada a promover a saída da operadora do mercado em razão do comprometimento de sua situação econômico-financeira, com repercussão negativa para o sistema.

SIQUEIRA (2001:13) aponta um duplo objetivo que o órgão regulador procura atingir com a decretação da liquidação extrajudicial sobre uma operadora: “por um lado, diante da hipótese relacionada com a ocorrência de eventual risco sistêmico, está o propósito de sanear o mercado; por outro, em função do interesse geral que se encontra ameaçado, o intuito de resguardar os direitos dos credores da empresa”.

A liquidação extrajudicial é processada pela ANS, que nomeia o liquidante, com amplos poderes de administração e liquidação, principalmente os de verificação e classificação

dos créditos, podendo nomear e demitir funcionários, fixando os vencimentos, outorga e cassar mandatos, propor ações e representar a massa em juízo ou fora dele.

Esse mecanismo da liquidação não difere, na sua essência, do mesmo regime existente para as instituições financeiras pela Lei 6.024, de 13 de março de 1974, como para as sociedades seguradoras na forma prevista no Decreto-lei nº 73/66.

Assim como no sistema financeiro e mercado segurador, a liquidação extrajudicial tem por finalidade promover a realização do ativo, o pagamento do passivo e a partilha do acervo remanescente, promovendo, o tanto quanto possível, a saída ordenada da operadora do mercado (PENTEADO, 1995).

NOTAS:

¹ “Art. 129. Fica instituído o Seguro-saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médico e hospitalar.”

² O Projeto aprovado no Senado seguiu para a Câmara dos Deputados, onde recebeu o nº4.425/94, tendo sido naquela Casa Legislativa o palco dos maiores debates em torno das bases da regulação desse mercado setorial.

³ Art. 35-A . Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

.....

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

- a) aspectos econômico-financeiros;
- b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
- c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
- d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
- e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.”

“Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS”)

⁵ “Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....

VI – demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;”

⁶ “Art. 4º Compete à ANS:

.....

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;”

CAPÍTULO 3 – PANORAMA SETORIAL

O objetivo deste capítulo é fornecer um panorama do mercado de saúde suplementar, apresentando suas principais características.

3.1. Estrutura do Mercado Segundo Porte e Concentração das Operadoras

Inicialmente, será apresentada a distribuição de beneficiários de operadoras segundo a modalidade.

Tabela 3.1
Distribuição de beneficiários por modalidade

Segmento	Beneficiários Ativos	% Beneficiários	OPS	% OPS
Odontologia de Grupo	2.703.382	7,31%	327	18,42%
Cooperativa Odontológica	1.220.913	3,30%	153	8,62%
Subtotal	3.924.295	10,61%	480	27,04%
Medicina de Grupo	11.507.154	31,10%	567	31,94%
Cooperativa Médica	9.097.468	24,59%	317	17,86%
Filantropia	1.327.566	3,59%	121	6,82%
Autogestão	5.421.334	14,65%	275	15,49%
Administradora	4.870	0,01%	2	0,11%
Subtotal	27.358.392	73,95%	1.282	72,23%
Seguradora Esp. em Saúde	5.714.592	15,45%	13	0,73%
Subtotal	5.714.592	15,45%	13	0,73%
TOTAL	36.997.279	100%	1.775	100%

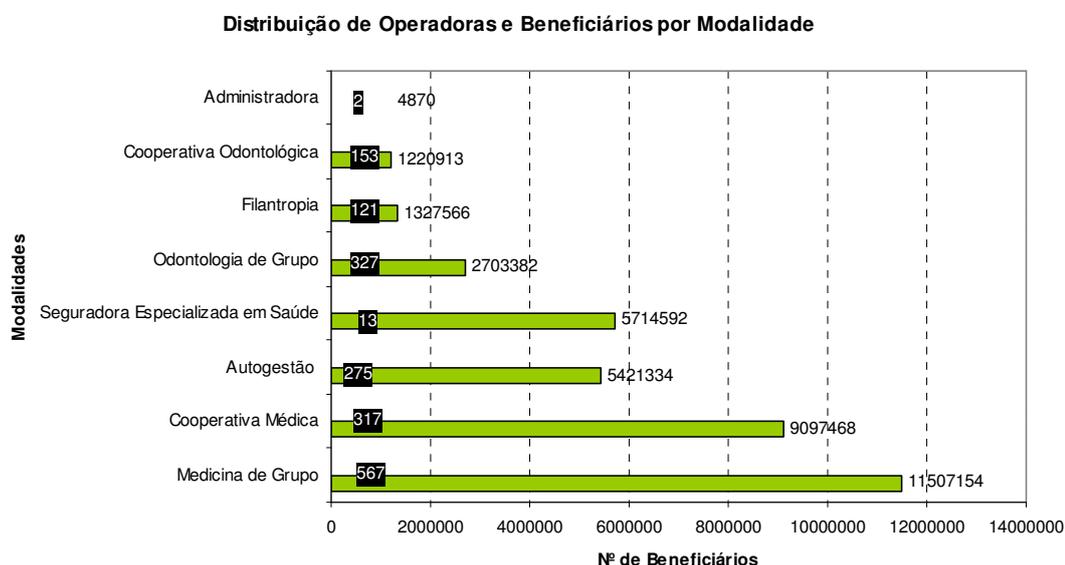
Fonte: Banco de dados das operadoras e Cadastro de Beneficiários (Dezembro de 2003).

Nota-se, pela análise da Tabela 3.1 que existe uma concentração de operadoras, bem como de beneficiários no segmento médico em relação ao exclusivamente odontológico. Adicionalmente, observa-se que dentre as modalidades de operadoras que compõem o sistema de saúde suplementar predominam as medicinas de grupo, que respondem por 31,94% do total de empresas, seguidas das odontologias de grupo, com 18,42%, e das Cooperativas Médicas, com 17,86%.

As seguradoras especializadas em saúde, apesar de responderem por apenas 0,73% das empresas, atendem a 15,45% dos beneficiários, enquanto que, em outro pólo, as odontologias de grupo atendem apenas 7,31% dos beneficiários, o que indica que as

primeiras, em sua maioria, são operadoras de grande porte e as últimas, de pequeno porte. O Gráfico 3.1 melhor ilustra a questão:

Gráfico 3.1



Fonte: Banco de dados das operadoras e Cadastro de Beneficiários (Dezembro de 2003).

Já em relação à natureza jurídica das operadoras, a Tabela 3.2 demonstra haver grande diversificação quanto à forma de constituição e organização das operadoras. Vale dizer que, diversamente do que ocorre no sistema financeiro e no mercado segurador, em que a constituição de uma pessoa jurídica na forma de Sociedade Anônima é condição necessária para atuar naqueles setores, na saúde suplementar estão compreendidas operadoras das mais variadas formas de organização societária, que demandam formas distintas de tratamento jurídico e tributário.

Tabela 3.2
Natureza jurídica das Operadoras

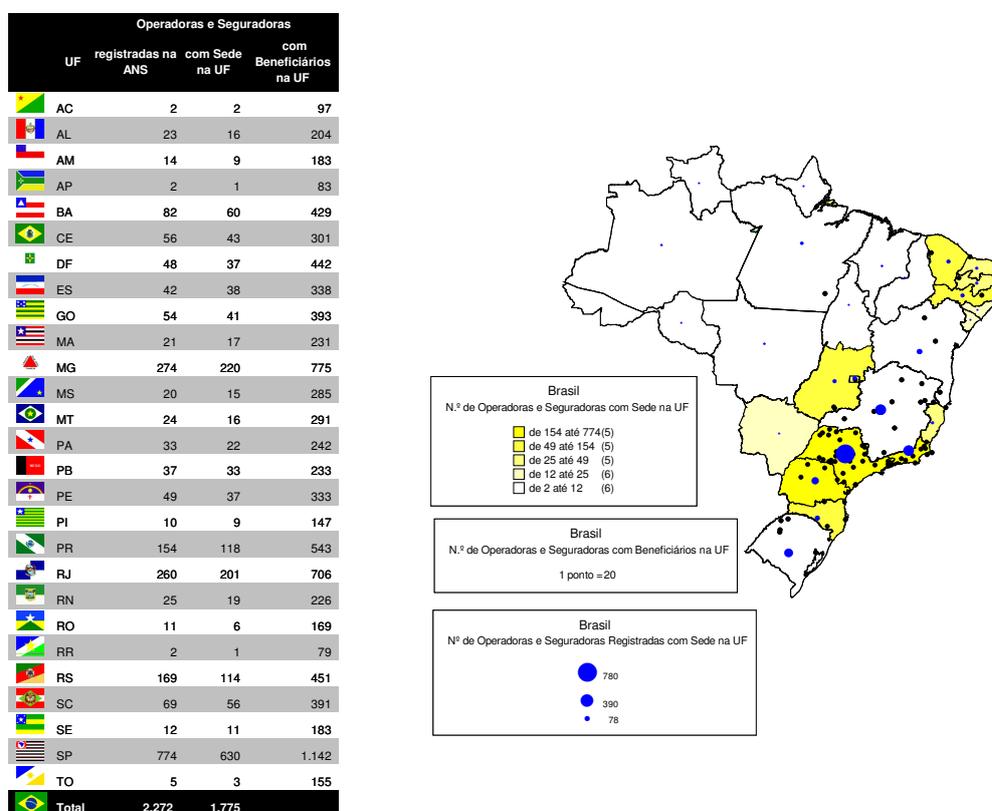
Natureza Jurídica	Quantidade	%
LTDA	795	34,99%
Sociedade Civil com fins lucrativos	374	16,46%
Sociedade Cooperativa	545	23,99%
Sociedade Civil sem fins lucrativos	119	5,24%
Associação	154	6,78%
S/A	115	5,06%
Sociedade Comercial - Outras (com e sem fins lucrativos)	98	4,31%
Outras (*)	72	3,17%
Total	2.272	100%

Fonte: Banco de dados das operadoras (Dezembro de 2003).

Dos resultados apresentados na Tabela 3.2, observa-se que a forma de organização societária predominante no mercado de saúde suplementar, com 35% do mercado, é a de constituição mais simplificada, no caso, sociedades de capital e responsabilidade limitada, sendo seguidas das cooperativas, com 16,46%.

Outra informação relevante diz respeito à distribuição geográfica de operadoras no território nacional, como se verifica na Figura 3.1.

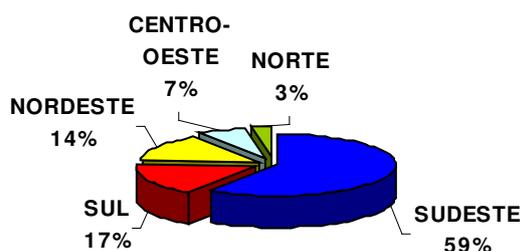
Figura 3.1
Operadoras por Unidade Federativa



Fonte: Banco de bancos das operadoras e Cadastro de Beneficiários e (Dezembro de 2003).

Figura 3.2
Operadoras por Região

Região	Qtde. de Ops	%
SUDESTE	1350	59,42%
SUL	392	17,25%
NORDESTE	315	13,86%
CENTRO-OESTE	151	6,65%
NORTE	64	2,82%
Total:	2.272	100,00%



Fonte: Banco de bancos das operadoras e Cadastro de Beneficiários e (Dezembro de 2003).

Esses números apontam, de forma clara, para uma concentração de operadoras e de beneficiários na região Sudeste, onde também se concentram a distribuição de renda e a centralização de riqueza existente hoje no país.

Outro tipo de concentração é observado nesse setor; quando se faz uma análise levando-se em consideração o porte da operadora. Nesse caso, o mercado de saúde suplementar é também concentrado se analisado sob a ótica do número de beneficiários em relação ao de operadoras, dado que cerca de 29 milhões dos beneficiários (83% do total) pertencem à carteira de apenas 13% das operadoras. A Tabela 3.3 evidencia essa concentração.

Tabela 3.3
Percentual de beneficiários por porte

	Qtd Beneficiários	Ops	% Benef.
Não Informou Beneficiário.		553	
Pequenas	< 20.000	1.467	17%
Médias	> 20.000 e < 100.000	260	31%
Grandes	> 100.000	59	52%
Total		2.312	100%

Fonte: Cadastro de Beneficiários das Operadoras (Março de 2003).

Observa-se uma alta concentração de beneficiários no estrato de médias e grandes operadoras, restando a 1.467 operadoras de pequeno porte apenas 17% dos beneficiários. Vê-se também essa concentração de beneficiários a partir da Tabela 3.4, quando se faz a análise por modalidade e porte.

Tabela 3.4
Distribuição de beneficiários segundo modalidade de OPS e porte

Modalidade	Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	Ativas	Benef	Ativas	Benef	Ativas	Benef
Administradora	5	5.106	0	0	0	0
Autogestão Não Patrocinada	94	410.714	9	385.954	1	196.097
Autogestão Patrocinada	140	620.292	26	1.284.934	8	2.534.196
Cooperativa Médica	223	1.536.634	71	3.145.468	19	4.235.478
Cooperativa odontológica	136	553.572	16	632.673	0	0
Filantropia	102	513.040	21	800.344	0	0
Medicina de Grupo	470	2.114.483	94	4.037.257	21	6.094.761
Odontologia de Grupo	295	695.648	19	756.976	3	1.062.538
Seguradora Especializada em Saúde	2	6.879	4	182.710	7	4.698.265
Médico	1.036	5.207.148	225	9.836.667	56	17.758.797
Odontológica	431	1.249.220	35	1.389.649	3	1.062.538
Total	1.467	6.456.368	260	11.226.316	59	18.821.335

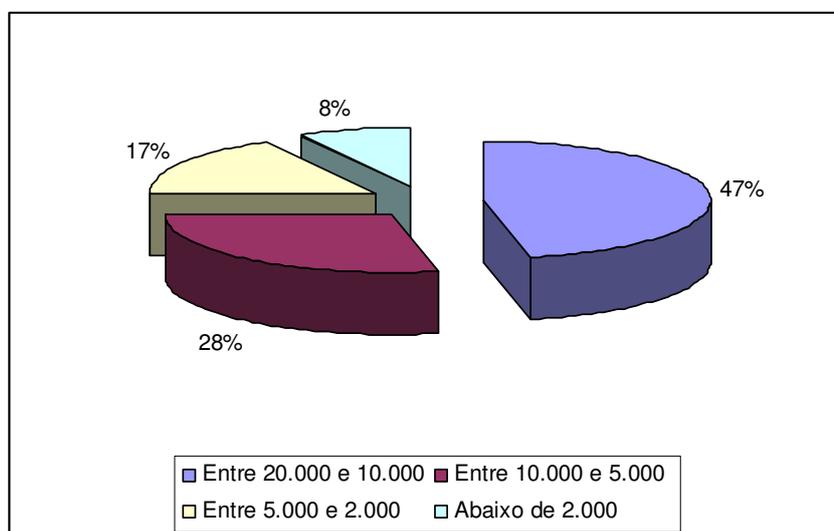
Fonte: Cadastro de Beneficiários das Operadoras (Junho de 2003).

Tabela 3.5
Abertura do estrato de OPS com menos de 20 mil beneficiários (pequeno porte)

Faixa	Médico		Odonto		Total	
	Nº Ops	Nº Benef	Nº Ops	Nº Benef	Nº Ops	Nº Benef
Entre 10.000 e 20.000	179	2.540.588	27	394.790	206	2.935.378
Entre 5.000 e 10.000	201	1.441.858	45	322.405	246	1.764.263
Entre 2.000 e 5.000	241	807.739	84	277.123	325	1.084.862
Abaixo de 2.000	408	310.813	262	191.727	670	502.540
Não informou Beneficiário	386	-	167	-	553	0
Total	1.467	5.100.998	585	1.186.045	2.000	6.287.043

Fonte: Cadastro de Beneficiários das Operadoras (Junho de 2003).

Gráfico 3.2
Estrato de operadoras de pequeno porte por beneficiário



Fonte: Cadastro de Beneficiários das Operadoras (Junho de 2003).

Como se observa no Gráfico 3.2, estratificando-se as operadoras de pequeno porte, vê-se uma concentração de beneficiários nas operadoras com carteira entre 20 e 10 mil usuários.

Pode-se visualizar essa tendência de concentração tanto no segmento médico-hospitalar quanto no odontológico. As Tabelas e Gráficos a seguir apresentam a estratificação por tipo de atenção, melhor demonstrando essa característica.

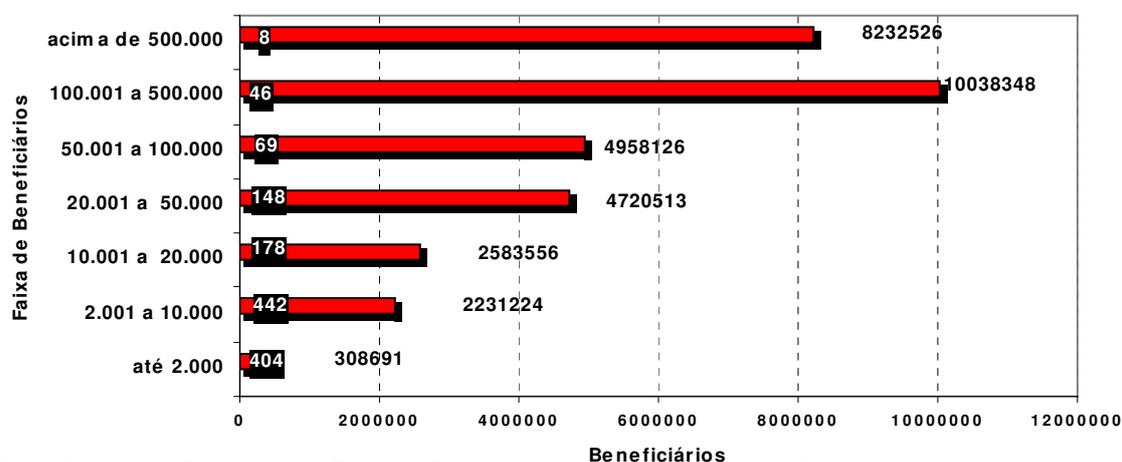
Tabela 3.6
Distribuição de beneficiários por porte – assistência médico-hospitalar

Faixa de Beneficiários	OPS	%	Beneficiários	%
até 2.000	404	31,20%	308.691	0,93%
2.001 a 10.000	442	34,13%	2.231.224	6,75%
10.001 a 20.000	178	13,75%	2.583.556	7,81%
20.001 a 50.000	148	11,43%	4.720.513	14,27%
50.001 a 100.000	69	5,33%	4.958.126	14,99%
100.001 a 500.000	46	3,55%	10.038.348	30,35%
acima de 500.000	8	0,62%	8.232.526	24,89%
Total	1.295	100,00%	33.072.984	100,00%

Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Dezembro de 2003).

Gráfico 3.3

Quantidade de Beneficiários e Operadoras por Faixa de Beneficiários



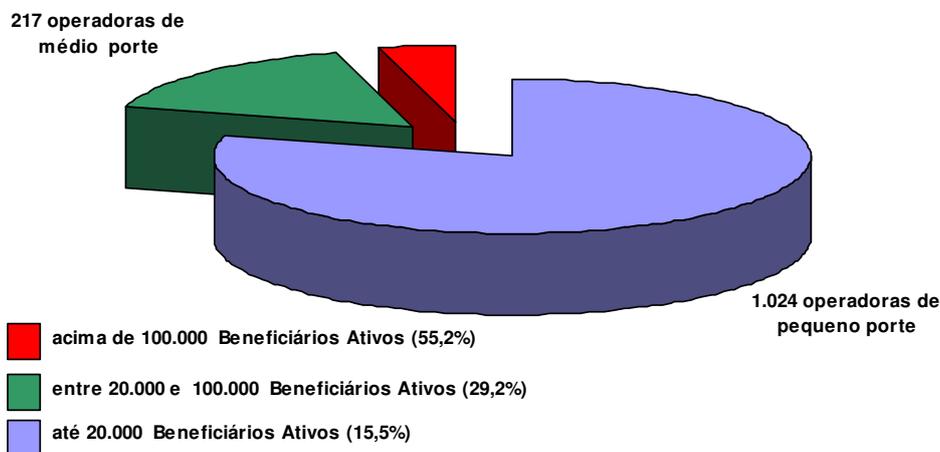
Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Dezembro de 2003).

Tabela 3.7
Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência médico-hospitalar

Porte (beneficiários)	N.º de OPS	%	N.º de Beneficiários	%
Pequeno (até 20.000)	1.024	79,07	5.123.471	15,49
Médio (de 20.000 a 100.000)	217	16,76	9.678.639	29,26
Grande (acima de 100.000)	54	4,17	18.270.874	55,24
Total	1.295	100,00	33.072.984	100,00

Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Dezembro de 2003).

Gráfico 3.4
Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência médico-hospitalar



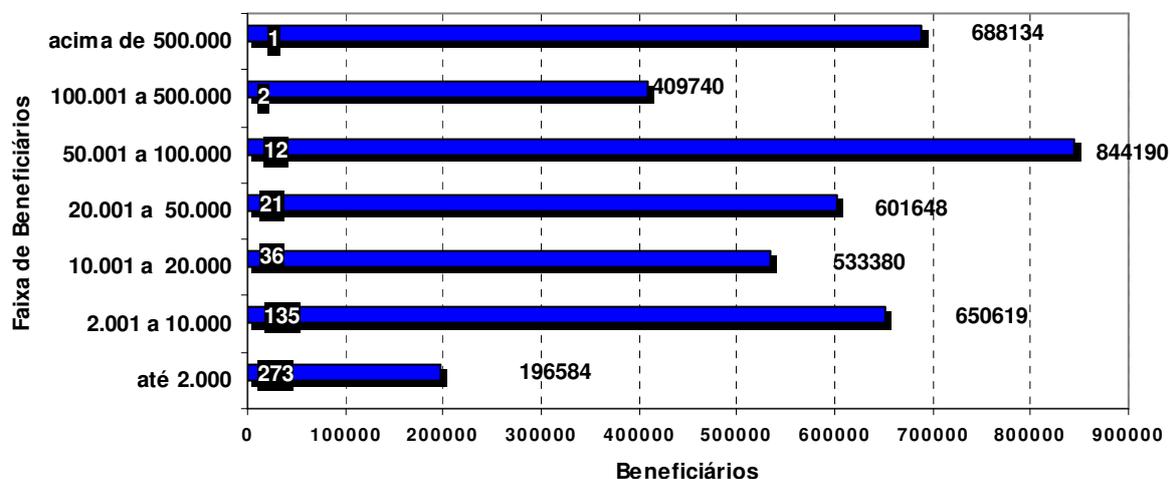
Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Data-Base dezembro de 2003).

Tabela 3.8
Distribuição de beneficiários por porte – assistência odontológica

Faixa de Beneficiários	OPS	%	Beneficiários	%
até 2.000	273	56,88%	196.584	5,01%
2.001 a 10.000	135	28,13%	650.619	16,58%
10.001 a 20.000	36	7,50%	533.380	13,59%
20.001 a 50.000	21	4,38%	601.648	15,33%
50.001 a 100.000	12	2,50%	844.190	21,51%
100.001 a 500.000	2	0,42%	409.740	10,44%
acima de 500.000	1	0,21%	688.134	17,54%
Total	480	100,00%	3.924.295	100,00%

Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Data-Base dezembro de 2003).

Gráfico 3.5
Quantidade de Beneficiários e Operadoras
por Faixa de Beneficiários



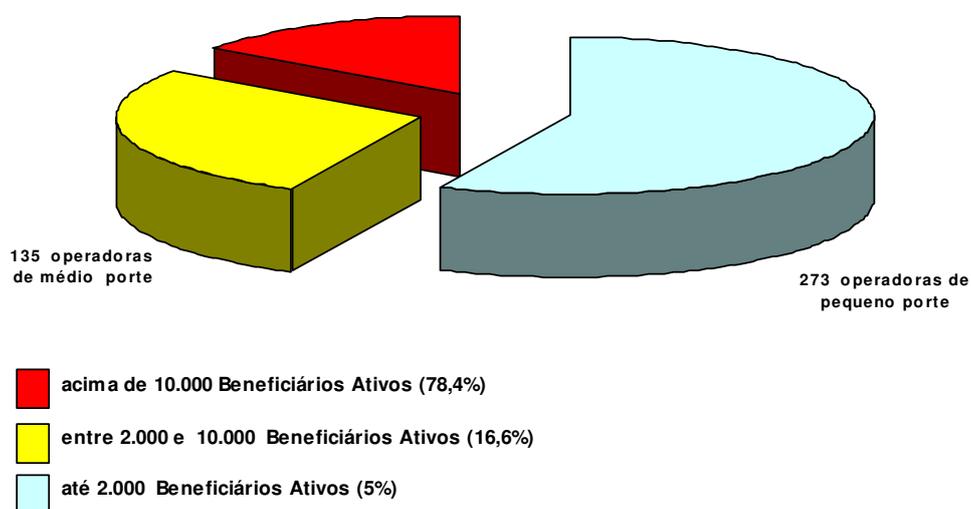
Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Data-Base dezembro de 2003).

Tabela 3.9
Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência odontológica

Porte por beneficiários	N.º de OPS	%	N.º de Beneficiários	%
Pequeno (até 2.000)	273	56,88	196.584	5,01
Médio (de 2.000 a 10.000)	135	28,13	650.619	16,58
Grande (acima de 10.000)	72	15,00	3.077.092	78,41
Total	480	100,00	3.924.295	100,00

Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Data-Base dezembro de 2003).

Gráfico 3.6
Distribuição de beneficiários por porte RDC 38 – assistência odontológica



Fonte: Cadastro de Beneficiários e Banco de Dados das Operadoras (Data-Base dezembro de 2003).

É preciso também enfatizar que o mercado de saúde suplementar se investe de forte dinamismo, na medida em que o número de operadoras ativas sofre constantes modificações em função do ingresso de novos entrantes, bem como pela saída de operadoras, seja de forma voluntária, seja compulsória, nesse caso em virtude da instauração de regimes especiais.¹

Ainda sob essa ótica, cabe ressaltar que, nos primeiros anos após o marco regulatório, vê-se que há uma maior incidência de cancelamentos de autorização de funcionamento do que entradas de novas operadoras. Percebe-se essa tendência na comparação dos números de cancelamentos com a frequência de novas autorizações de funcionamento, conforme Tabela 3.10, destacando-se que os movimentos de saída e de entrada no mercado sofrem marcadas oscilações em função da instituição de novas regras contendo condições para acesso e permanência no setor, em particular quanto à exigência de capital.

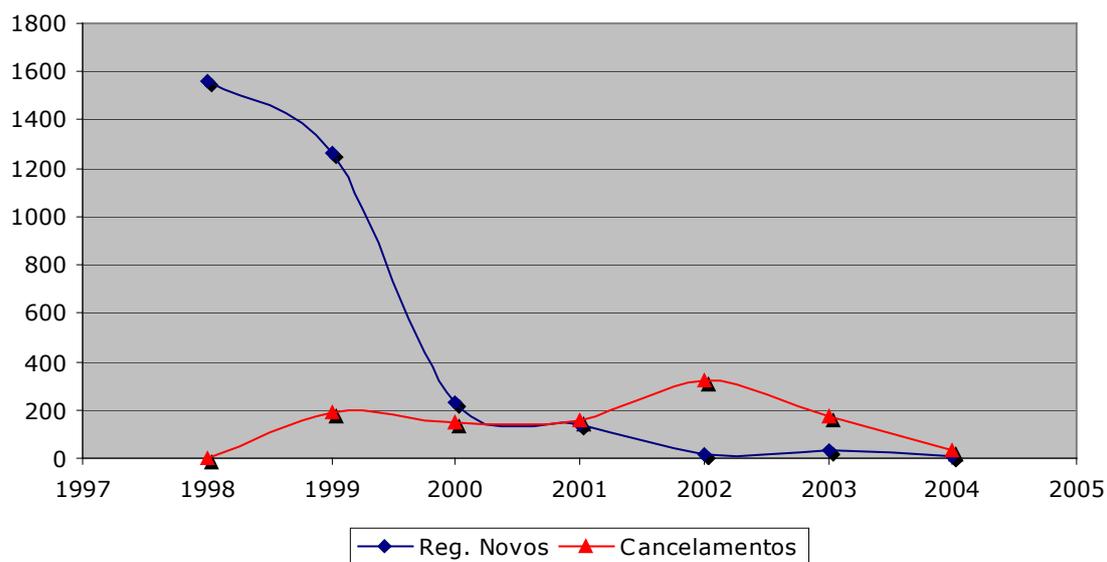
Tabela 3.10
Movimentação de autorização de funcionamento

Ano	Reg. Novos	Cancelamentos	Ativas
1998	1561	0	1561
1999	1264	186	2639
2000	235	151	2723
2001	143	157	2709
2002	17	319	2407
2003	35	171	2271
2004	8	37	2242
Total	3263	1021	2242

Fonte: Banco de Dados das Operadoras – CADOP.

Gráfico 3.7

Balanco de Registros e Cancelamentos - Por Ano



Fonte: Banco de Dados das Operadoras – CADOP.

3.2. Contas do Setor

Para uma melhor caracterização do mercado de saúde suplementar, é importante também agregar informações de caráter econômico, em particular no que diz respeito aos valores neles movimentados.

As Tabelas 3.11 a 3.13 e Gráficos 3.8 a 3.10 demonstram um panorama da produção do mercado de saúde suplementar.

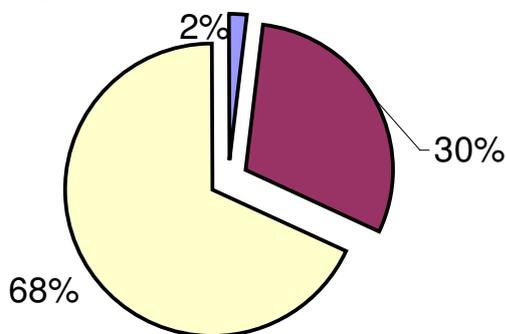
Tabela 3.11
Receita em milhões

TRIMESTRE	ODONTO	SEGURADORA	MÉDICO	TOTAL
1º/2003	109	1.614	3.660	5.383
4º/2002	100	1.594	4.177	5.871
3º/2002	79	1.566	4.103	5748
2º/2002	84	1.567	3.713	5364
1º/2002	101	1.486	3.956	5543
4º/2001	89	1.455	3.713	5257

Fonte: Banco de dados do DIOPS.

Gráfico 3.8

DISTRIBUIÇÃO DE RECEITA POR MODALIDADE



■ ODONTO

■ SEGURADORA

■ MÉDICO

Fonte: Banco de dados DIOPS.

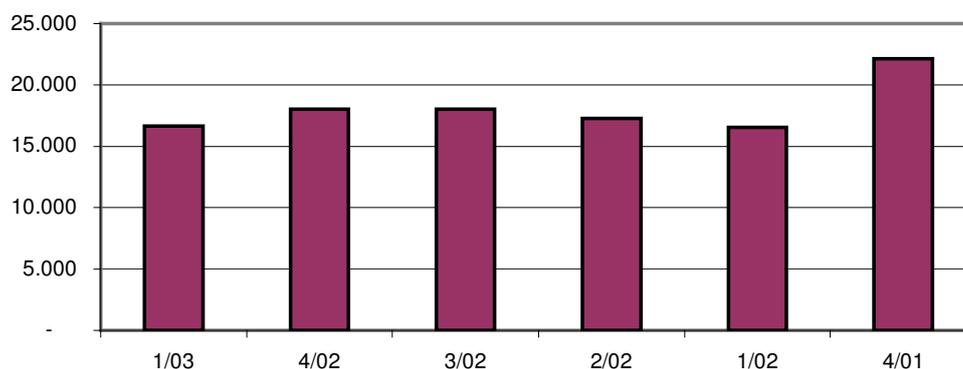
Tabela 3.12
Despesa em milhões

TRIMESTRE	ODONTO	SEGURADORA	MÉDICO	TOTAL
1º/2003	57	1.614	5.723	7394
4º/2002	62	1.594	6.037	7693
3º/2002	43	1.566	6.069	7678
2º/2002	46	1.567	5.882	7495
1º/2002	50	1.486	5.621	7157
4º/2001	48	1.455	5.533	7036

Fonte: Banco de dados do DIOPS.

Gráfico 3.9

DESPESA ASSISTENCIAL ANUAL - R\$ MILHÃO



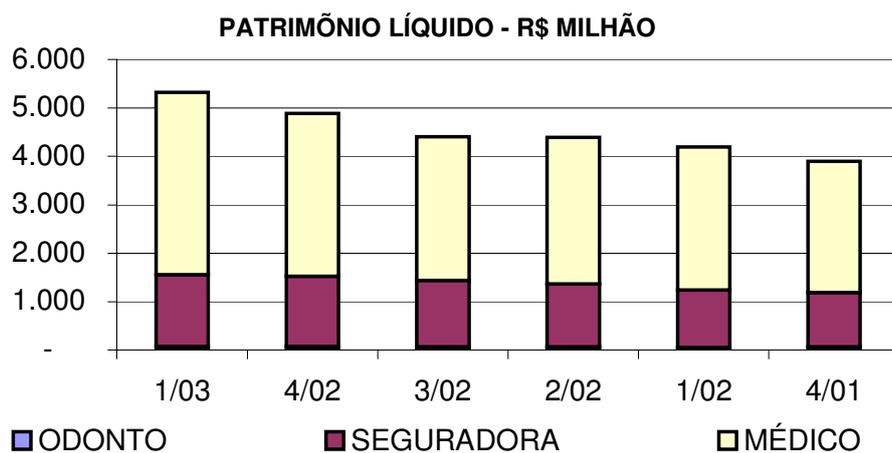
Fonte: Banco de dados DIOPS.

Tabela 3.13
Patrimônio Líquido em milhões

PATRIMÔNIO LÍQUIDO				
TRIMESTRE	ODONTO	SEGURADORA	MÉDICO	TOTAL
1º/2003	67	1.488	3.768	5323
4º/2002	73	1.446	3.362	4881
3º/2002	67	1.371	2.967	4405
2º/2002	59	1.313	3.015	4387
1º/2002	54	1.183	2.950	4187
4º/2001	62	1.122	2.714	3898

Fonte: Banco de dados do DIOPS.

Gráfico 3.10



Fonte: Bando de Dados do DIOPS.

Esses dados demonstram que o mercado de saúde suplementar apresenta, em média, receita anual em torno de 22 bilhões de reais, Despesas Assistenciais de 19 bilhões de reais, que o Patrimônio Líquido do mercado tem crescido com o tempo e que a produção tem se mostrado estável.

NOTA:

¹ O processo de funcionamento dos Regimes Especiais, em alguns casos, pode resultar no cancelamento da autorização de funcionamento da operadora.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Como se trata de uma área sobre a qual há escasso conhecimento acumulado e sistematizado, utilizou-se a técnica de pesquisa exploratória (TOBAR & YALOUR, 2001).

4.1. Características Gerais da População

A população objeto do estudo compreende as seguintes modalidades de operadoras: seguradoras especializadas em saúde, filantropias, cooperativas médicas, medicinas de grupo e autogestões não patrocinadas.

Importante ressaltar que não serão abordados os dados das operadoras classificadas como autogestão patrocinada, haja vista esta modalidade não estar obrigada ao envio dos dados econômico-financeiros de forma padronizada e por não estar sujeita à utilização do Plano de Contas Padrão da ANS.

De igual modo, neste estudo também não serão incluídas as operadoras enquadradas no segmento odontológico, uma vez que a operação de produtos com cobertura exclusivamente odontológica não envolve risco social da mesma monta do que a operação de planos no segmento médico hospitalar.

Utilizaram-se ainda os dados das seguradoras especializadas em saúde, como referência, por se tratar de uma modalidade atuando em ambiente de mercado regulado há mais de 30 anos e, portanto, com planejamento econômico do Poder Público sobre sua atividade. As seguradoras já guardam certo *know how* em relação ao cumprimento das exigências legais que condicionam sua autorização de funcionamento e atuação no mercado.

Verifica-se, assim, que já há uma cultura consolidada de constituição de garantias financeiras pelas seguradoras, podendo-se afirmar que já cumprem regras de garantias financeiras há décadas, ao menos desde a edição do Decreto-lei nº 73/66. A consequência lógica é que dos cerca de R\$ 1,36 bilhões em Ativos Garantidores de

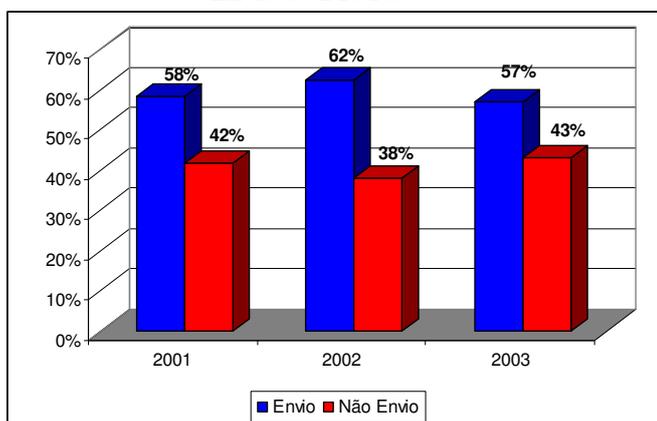
provisões técnicas constituídas pelas operadoras as 14 seguradoras acumulam aproximadamente 70% do total provisionado, o que representa pouco menos de R\$ 1 bilhão, ao passo que as demais 2.258 somam cerca de 30% restantes (MS/ANS, Dezembro/2003).

4.2. Técnicas e Utilização de Dados

Efetuiu-se coleta dos dados enviados pelas operadoras, através do DIOPS, para a ANS. Posteriormente foram analisados os dados obtidos a partir do terceiro trimestre de 2001 até o primeiro trimestre de 2003, estratificados em função do porte da operadora. Esses dados receberam tratamento estatístico, por meio de planilhas eletrônicas (Microsoft Excel/2000), sistemas gerenciadores de banco de dados (Microsoft Access/2000), estatísticos (SAS - Statistical Application System / Enterprise Guide Versão 1.3.0) e de Geo Referenciamento (Map Info Professional Versão 7.0).

Em relação à massa de dados do DIOPS, é importante ressaltar que esse universo compreende, em média, cerca de 60% do total das operadoras ativas. O Gráfico 4.1 mostra essa proporção.

Gráfico 4.1
Envio do DIOPS



Fonte: Banco de Dados do DIOPS

Tem-se, então, que menos da metade das operadoras ainda não enviam o DIOPS pelas mais diversas razões, dentre as quais pode-se citar: endereço inválido, resistência ao acompanhamento econômico-financeiro e desconhecimento de como utilizar o sistema.

No entanto, o universo disponível de dados não prejudica a análise objeto deste estudo, haja vista que as operadoras que enviam o DIOPS respondem por cerca de 65% do total de beneficiários do mercado de saúde suplementar. Deve-se ressaltar que a esse percentual se soma em torno de 15% de beneficiários relativos às seguradoras, que enviam o Formulário de Informações Periódicas – FIP em vez do DIOPS, além de cerca de 11% das autogestões patrocinadas, as quais estão isentas do envio do DIOPS. Significa dizer que a análise objeto deste estudo envolve 91% do total de beneficiários existentes no mercado de saúde suplementar.

Feito isso, passou-se à pesquisa de ocorrência de variações na estrutura patrimonial e financeira das operadoras, observado o porte, utilizando-se, para tanto, alguns indicadores econômico-financeiros.

Segundo matéria do *Cadernos de Seguro da FUNENSEG* (2003), existem quatro métodos principais de acompanhamento da situação econômico-financeira de seguradoras. São eles os indicadores IRIS (Insurance Regulatory Information System), FAST (Financial Analysis and Surveillance Tracking), RBC (Risk Based Capital) e DFA (Dynamic Financial Analysis).

O método IRIS foi usado como indicador de solvência nos anos 80 nos Estados Unidos. A adaptação desse método foi a base usada pela SUSEP para a construção de índices econômico-financeiros e seus valores de referência, que são utilizados até hoje como guia para o monitoramento das sociedades seguradoras. A metodologia para a definição dos valores de referência é baseada em valores médios das contas de cada empresa nos últimos 12 meses, aplicando-se o método estatístico da Normal.

4.3. Indicadores Selecionados para a Análise

Na ANS, que em linhas gerais, segue a metodologia da SUSEP, são utilizados 16 indicadores na avaliação dos custos, do endividamento, da liquidez, entre outros, para o monitoramento da solvência das operadoras.

Do total de indicadores foram selecionados, em função de sua representatividade, a Sinistralidade, a Liquidez Corrigida e o índice Combinado:

$$\text{Liquidez_Corrigida} = \frac{\text{Ativo_Circulante}}{\text{Passivo_Circulante} + \text{Provisão}}$$

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Eventos_Indenizáveis_líquidos}}{\text{Contraprestação_líquida}}$$

$$\text{Combinado} = \frac{\text{Eventos_Indenizáveis_líquidos} + \text{Despesa_Comercial} + \text{Despesa_Administrativa}}{\text{Contraprestação_líquida}}$$

O detalhamento e a importância desses indicadores para a análise econômico-financeira das operadoras serão apresentados a seguir.

4.3.1. Sinistralidade

Esse indicador reflete a relação entre as Despesas e Receitas Assistenciais, aferindo o percentual de despesas médico-hospitalar em relação à capacidade de gerar receita líquida pela operadora.

Sua importância se dá na medida em que indica o percentual da receita que se destina ao pagamento de Eventos.

4.3.2. Combinado

O indicador *Combinado* demonstra a relação entre as Despesas Assistenciais, Administrativas e Comerciais e as receitas Assistenciais. Portanto, estima o percentual de despesas operacionais dentro da capacidade de gerar receita líquida pela operadora.

A importância do *Combinado* está no fato de ser capaz de mensurar se o resultado das operações de planos de saúde apresenta lucro ou prejuízo. Afere, pois, a estrutura de custos da operadora, verificando se os custos operacionais são superiores às receitas em sua atividade-fim.

4.3.3. *Liquidez Corrigida*

A *Liquidez Corrigida* é o indicador que reflete a relação entre o Ativo Circulante e o Passivo Circulante corrigido pelas Provisões. Significa dizer que para cada real de dívidas de curto prazo, mede-se quanto há de recursos de curto prazo para pagá-las.

Sua importância está, portanto, no fato de aferir se a operadora possui direitos de curto prazo suficientes para quitar as obrigações de igual prazo.

4.4. **Análise dos Indicadores em Função do Porte**

Foram considerados, na análise, os seguintes estratos por número de beneficiários:

<i>Pequena: < 20.000 Beneficiários</i>
< 2.000
2.000 – 5.000
5.000 – 10.000
10.000 – 20.000

<i>Médias</i>
20.000 e < 100.000 Beneficiários

<i>Grandes: > 100.000 Beneficiários</i>
100.000 – 500.000
> 500.000

A estratificação dos portes acima é diferente dos critérios estabelecidos pela Resolução Normativa – RN nº 27/2003, a qual fixa portes descritos abaixo:

- ⇒ Pequeno - < 20.000 beneficiários;
- ⇒ Médio - > 20.000 e < 100.000 beneficiários;
- ⇒ Grande - > 100.000 beneficiários.

No tocante as operadoras de pequeno porte, a maior estratificação se justifica por se partir da hipótese de que não há homogeneidade nesse grupo, não sendo outra a razão para a estratificação das operadoras de grande porte.

4.4.1. *Demais critérios adotados*

Foram também verificados os critérios de atendimento à RDC n° 77/2001, ou seja, a constituição das garantias financeiras por parte das operadoras, em função do porte. Finalmente foi efetuada uma análise das operadoras para as quais se solicitou plano de recuperação e também para as que há indicação para instauração de regime especial (direção fiscal e liquidação extrajudicial).

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA DO MERCADO

O objetivo deste Capítulo é traçar o perfil econômico-financeiro das operadoras que integram o mercado da saúde suplementar, caracterizando-as de acordo com sua situação patrimonial e financeira e estratificando-as por porte e segmento, bem como observar sua evolução no tempo. Para tanto, serão analisados dados a partir do terceiro trimestre de 2001 ao primeiro trimestre de 2003, elegendo-se as seguradoras como parâmetro para comparação com as modalidades de operadoras, excluídas as autogestões patrocinadas e o segmento odontológico.

5.1. Indicadores Financeiros Estratificados por Porte

Observa-se, nas Tabelas 5.1, 5.2 e 5.3, que a Sinistralidade tem se mantido praticamente constante no tempo, mas tende a diminuir com o porte da operadora. Contudo, essa tendência não deve ser atribuída a um melhor controle das Despesas Assistenciais por parte das operadoras de pequeno porte, e sim a contabilização equivocada dos Eventos na conta despesas administrativas. A comprovação dessa afirmação será efetuada mais adiante, quando da análise do Índice Combinado, onde se poderá verificar maior grau de deterioração dos resultados¹ obtidos pelas operadoras na medida em que o porte diminui.

Tabela 5.1
Sinistralidade média do mercado segundo porte

MERCADO (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do mercado	77%	78%	79%	78%	75%	78%	78%
Acima 500	79%	80%	81%	81%	79%	81%	81%
Entre 100 e 500	80%	80%	80%	79%	77%	80%	80%
Entre 20 e 100	78%	76%	77%	77%	73%	76%	76%
Entre 10 e 20	74%	75%	76%	75%	72%	74%	75%
Entre 5 e 10	61%	71%	73%	71%	66%	72%	71%
Entre 2 e 5	70%	71%	67%	66%	64%	72%	60%
Menor que 2	62%	64%	61%	58%	55%	59%	56%

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Tabela 5.2
Sinistralidade média segundo porte – seguradoras

SES (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do Mercado	80%	82%	83%	84%	81%	83%	83%
Acima 500	82%	83%	84%	85%	82%	83%	83%
Entre 100 e 500	72%	77%	75%	75%	71%	77%	84%
Entre 20 e 100	82%	89%	89%	92%	94%	85%	88%
Entre 10 e 20	-	-	-	-	-	-	-
Entre 5 e 10	84%	105%	109%	92%	70%	92%	90%
Entre 2 e 5	-	-	-	-	-	-	-
Menor que 2	81%	80%	84%	70%	72%	95%	33%

Nota: não há seguradoras na faixa entre 10 e 20 e na entre 2 e 5.

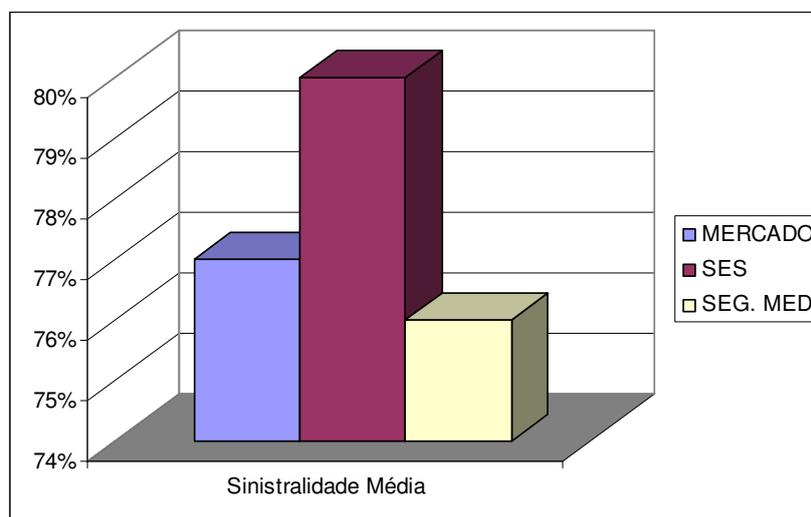
Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Tabela 5.3
Sinistralidade média segundo porte – segmento médico

SEG. MÉDICO (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do Mercado	76%	77%	77%	76%	73%	77%	77%
Acima 500	74%	74%	74%	75%	73%	76%	77%
Entre 100 e 500	81%	80%	81%	79%	78%	80%	80%
Entre 20 e 100	78%	75%	76%	76%	72%	76%	76%
Entre 10 e 20	74%	75%	76%	75%	72%	74%	75%
Entre 5 e 10	61%	70%	71%	70%	66%	71%	71%
Entre 2 e 5	70%	71%	67%	66%	64%	72%	60%
Menor que 2	62%	63%	60%	58%	55%	59%	57%

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Gráfico 5.1
Sinistralidade média



Fonte: Banco de Dados do DIOPS (Mar/2003).

Depreende-se da análise do Gráfico 5.1 que a distorção causada pelo lançamento contábil equivocado das Despesas Assistenciais é, em média, marcante no segmento médico quando comparada à Sinistralidade das seguradoras.

Quanto ao índice Combinado, pode-se aferir, por uma leitura das Tabelas 5.4, 5.5 e 5.6, que o das seguradoras é menor que o das demais modalidades de operadoras, o que indica uma estrutura de custos mais equilibrada. No entanto, é possível observar que o Combinado se deteriora conforme a diminuição do porte da operadora, vendo-se, também, que as operadoras de pequeno porte estão sistematicamente apresentando Combinado maior do que 1, o que significa que existe uma clara deterioração do Combinado à medida que o porte das operadoras diminui e, ainda, que aquelas com menos de 2 mil beneficiários foram as que mais sofreram deterioração.

Ressalta-se que o índice Combinado, por englobar, em sua fórmula, as contas de Eventos, Despesas Administrativas e Despesas Comerciais, elimina a distorção encontrada no índice de Sinistralidade, dado que as operadoras de pequeno porte, com frequência, confundem Despesas Assistenciais e Despesas Administrativas com Eventos, fato que mascara, em um primeiro momento, as dificuldades econômico-financeiras enfrentadas por esse grupo de operadoras.

Tabela 5.4
Combinado médio do mercado segundo porte

MERCADO (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do Mercado	0,99	0,99	0,99	0,99	0,96	0,99	0,99
Acima 500	0,95	0,96	0,97	0,96	0,94	0,96	0,97
Entre 100 e 500	0,97	0,96	0,96	0,95	0,94	0,97	0,98
Entre 20 e 100	1,06	1,00	1,01	1,01	0,98	1,00	1,01
Entre 10 e 20	0,98	0,99	0,98	0,98	0,93	0,98	0,99
Entre 5 e 10	1,00	1,18	1,14	1,07	1,04	1,05	1,07
Entre 2 e 5	1,17	1,11	1,36	1,30	1,10	1,27	1,14
Menor que 2	1,42	1,51	1,42	1,31	1,24	1,38	1,54

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Tabela 5.5
Combinado médio segundo porte - seguradoras

SES (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do Mercado	0,95	0,97	0,97	0,98	0,96	0,97	0,98
Acima 500	0,95	0,96	0,98	0,98	0,96	0,97	0,97
Entre 100 e 500	0,93	0,97	0,95	0,96	0,92	0,99	1,05
Entre 20 e 100	0,93	0,99	0,99	1,02	1,03	0,94	0,96
Entre 10 e 20	-	-	-	-	-	-	-
Entre 5 e 10	0,90	1,13	1,17	0,99	0,77	1,02	1,00
Entre 2 e 5	-	-	-	-	-	-	-
Menor que 2	0,99	0,92	0,96	0,82	0,86	1,06	0,42

Nota: não há seguradoras na faixa entre 10 e 20 e na entre 2 e 5.

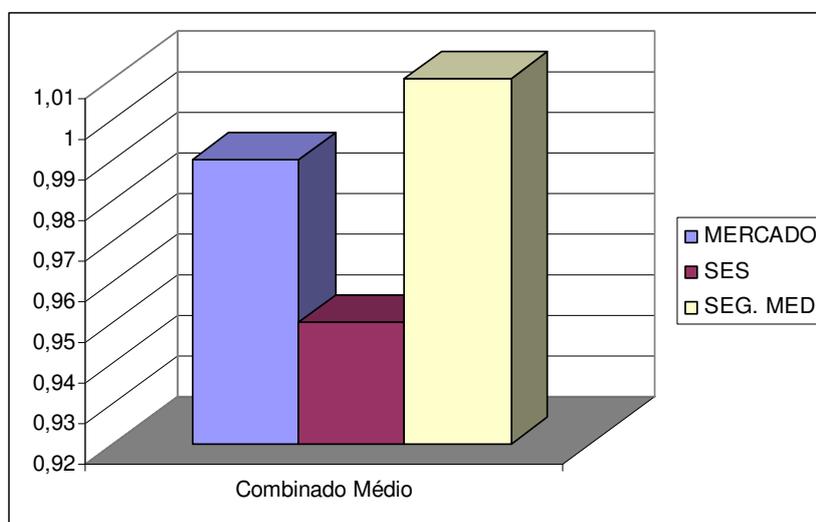
Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Tabela 5.6
Combinado médio segundo porte – segmento médico

SEG. MÉDICO (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do Mercado	1,01	0,99	1,00	0,99	0,96	0,99	1,00
Acima 500	0,94	0,96	0,97	0,93	0,91	0,94	0,95
Entre 100 e 500	0,99	0,96	0,96	0,95	0,94	0,96	0,97
Entre 20 e 100	1,06	1,00	1,02	1,01	0,97	1,00	1,01
Entre 10 e 20	0,98	0,99	0,98	0,98	0,93	0,98	0,99
Entre 5 e 10	1,00	1,18	1,13	1,07	1,05	1,05	1,07
Entre 2 e 5	1,17	1,11	1,36	1,30	1,10	1,27	1,14
Menor que 2	1,42	1,52	1,43	1,32	1,25	1,38	1,54

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Gráfico 5.2
Combinado Médio



Fonte: Banco de Dados do DIOPS (Mar/2003).

Observa-se, no Gráfico 5.2, que a estrutura de custos das seguradoras mostra-se mais eficiente do que a média do mercado de saúde suplementar, quando se contrasta com o resultado alcançado pelo segmento médico-hospitalar.

Em relação ao índice de Liquidez Corrigida, nota-se pela análise das Tabelas 5.7, 5.8 e 5.9 que o índice tende a diminuir consoante a redução do porte da operadora. A Liquidez das demais modalidade de operadoras, por sua vez, é sempre inferior à das seguradoras, como também, nas operadoras com menos de 2 mil beneficiários, o índice é sistematicamente inferior a 1, exceto no caso das seguradoras.

Tabela 5.7
Liquidez Corrigida média do mercado segundo porte

MERCADO (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Todo Mercado	1,22	1,12	1,23	1,15	1,23	1,21	1,22
Acima 500	1,21	1,09	1,59	1,29	1,67	1,67	1,61
Entre 100 e 500	1,19	1,12	1,12	1,06	1,03	1,07	1,08
Entre 20 e 100	1,35	1,22	1,32	1,29	1,38	1,23	1,27
Entre 10 e 20	1,04	0,97	0,96	1,02	1,08	1,00	0,99
Entre 5 e 10	0,95	0,92	0,90	0,91	0,86	0,82	0,88
Entre 2 e 5	1,31	1,11	1,02	1,05	1,14	1,11	1,14
Menor que 2	0,88	0,78	0,91	0,91	0,86	0,80	0,90

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Tabela 5.8
Liquidez Corrigida segundo porte - seguradoras

SES (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do Mercado	1,47	1,33	1,84	1,51	1,75	1,91	1,81
Acima 500	1,31	1,14	1,84	1,41	1,87	1,86	1,78
Entre 100 e 500	1,75	1,70	1,76	1,70	1,40	2,27	2,01
Entre 20 e 100	2,17	2,22	2,17	1,90	1,69	1,89	1,77
Entre 10 e 20	-	-	-	-	-	-	-
Entre 5 e 10	2,72	2,50	2,29	2,92	1,69	1,50	1,52
Entre 2 e 5	-	-	-	-	-	-	-
Menor que 2	6,81	6,86	5,05	6,52	5,97	5,85	6,90

Nota: não há seguradoras na faixa entre 10 e 20 e na entre 2 e 5.

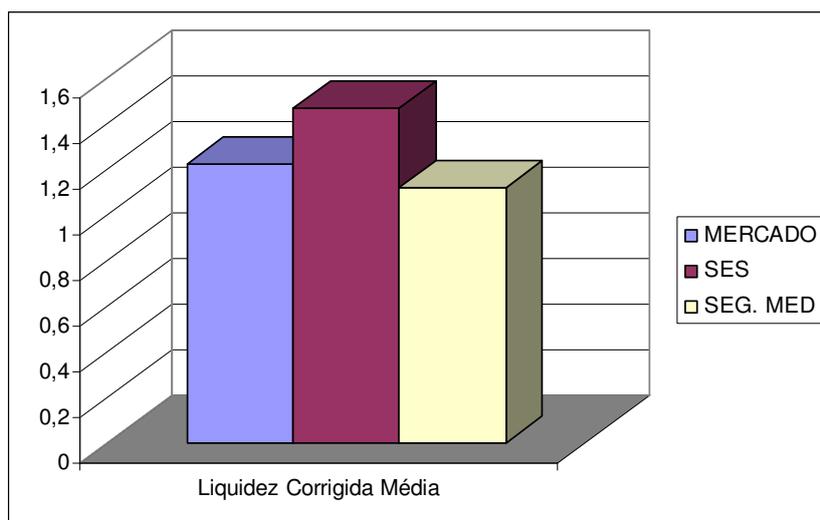
Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Tabela 5.9
Liquidez Corrigida segundo porte – segmento médico

SEG. MÉDICO (Mil)	Mar/03	Dez/02	Set/02	Jun/02	Mar/02	Dez/01	Set/01
Média do Mercado	1,12	1,03	1,03	1,02	1,04	0,99	1,03
Acima 500	0,92	0,93	0,93	0,95	1,09	1,05	1,07
Entre 100 e 500	1,01	0,92	0,92	0,85	0,90	0,89	0,92
Entre 20 e 100	1,29	1,16	1,27	1,25	1,36	1,19	1,24
Entre 10 e 20	1,04	0,97	0,96	1,02	1,08	1,00	0,99
Entre 5 e 10	0,90	0,87	0,86	0,86	0,84	0,80	0,86
Entre 2 e 5	1,31	1,11	1,02	1,05	1,14	1,11	1,14
Menor que 2	0,86	0,76	0,90	0,89	0,84	0,78	0,88

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (2001/2003).

Gráfico 5.3
Liquidez Corrigida média



Fonte: Banco de Dados do DIOPS (Mar/2003).

Vê-se, no Gráfico 5.3, que a capacidade de o segmento médico-hospitalar honrar seus compromissos de curto prazo, em média, é menor do que a das seguradoras, as quais possuem índice de Liquidez melhor do que a média de todo o mercado.

No entanto, é preciso destacar algumas aparentes distorções nas Tabelas 5.7 a 5.9. Em primeiro lugar o baixo índice de Liquidez em relação à média apresentada pelas operadoras acima de 500 mil beneficiários pode ser um indicativo de o fato de essa faixa de operadoras não estar diferindo a constituição das provisões na forma prevista na RDC nº 77/2001.

Vê-se, ainda, que a faixa de operadoras entre 2 e 5 mil beneficiários, por não estarem, em sua maioria, observando as regras de provisionamento das garantias financeiras, apresentam, artificialmente, um bom índice de Liquidez.

Já quanto às seguradoras na faixa com menos de 2 mil beneficiários, apresentam elas Liquidez Corrigida em índice bem superior à média. Uma explicação possível seria a de que as seguradoras, por exigência legal, necessitam fazer provisionamento e capitalização maiores do que as demais modalidades de operadoras, além de não se beneficiarem do diferimento previsto na RDC nº 77/2001. Outro fator é a baixa amostragem nesse tipo de modalidade, haja vista haver, atualmente, apenas 14 seguradoras especializadas em saúde e, na faixa de carteira inferior a 2 mil

beneficiários, há apenas 1 seguradora que, particularmente, vem mantendo grau de Liquidez elevado.

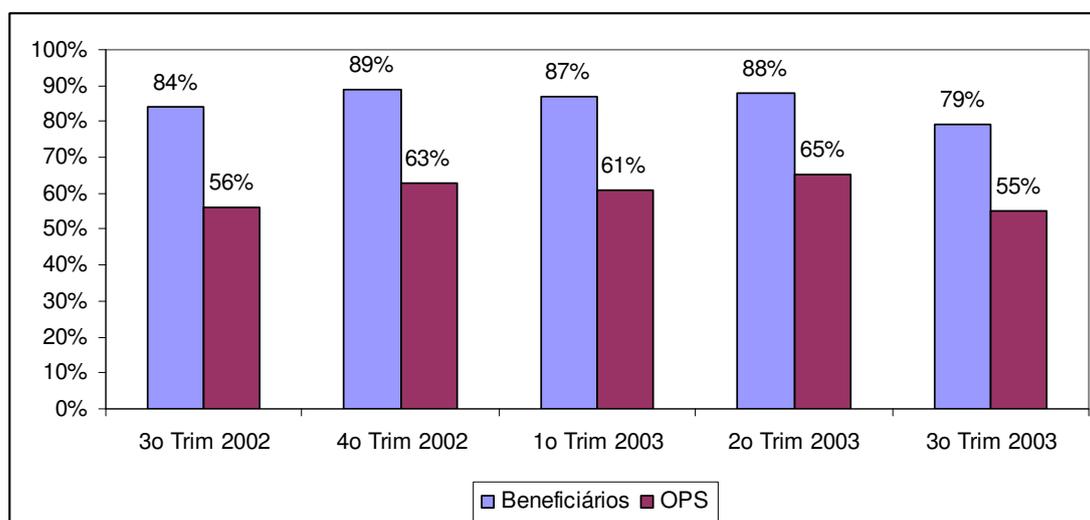
5.2. Análise do Cumprimento das Garantias Financeiras

Devido à importância da constituição de garantias financeiras em mercados que operam com gerenciamento de risco, a ANS tem especial atenção sobre as avaliações periódicas do enquadramento das operadoras às regras de garantias estabelecidas na RDC nº 77/2001. Para tanto, são monitorados os dados das operadoras que enviaram o DIOPS, pelo menos uma vez, desde 2002 e apura o grau de enquadramento às exigências mínimas. O resultado é apresentado a seguir.

As Tabelas e Gráficos adiante mostram o grau de atendimento à RDC nº 77/2001 para as operadoras a partir do terceiro trimestre de 2002. Ressalta-se que as seguradoras constituem 100% de suas garantias financeiras desde o início da especialização, não sendo, portanto, objeto deste tópico.

Em primeiro lugar, é importante destacar que das operadoras que enviaram o DIOPS entre 55% e 65% se enquadraram às regras de garantias financeiras. Em que pese isso representar pouco mais da metade do universo de operadoras, essas garantem a assistência a cerca de 80% do total de beneficiários, conforme se pode depreender do Gráfico 5.4.

Gráfico 5.4
Enquadramento às regras da RDC nº 77/2001 – relação entre OPS e beneficiário



Fonte: Banco de Dados do DIOPS.

Fazendo um corte em 20 mil beneficiários sobre esse total, verifica-se que, nas operadoras de médio e grande porte, as quais concentram a maioria dos beneficiários, 73% atenderam às regras de garantias financeiras, ao passo que, entre as operadoras de pequeno porte, este percentual cai para 50%.

Tabela 5.10
Enquadramento à RDC nº 77/2001 - Operadoras com mais de 20 mil beneficiários

Enquadramento	Total de OPS	OPS (%)	Beneficiários	Benef (%)	Exigido ANS
Sim	174	73%	16.095.879	83%	154.507.523
Não	63	27%	3.193.253	17%	29.047.078
Total	237	100%	19.289.132	100%	183.554.601

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (3º Trimestre 2003).

Tabela 5.11
Enquadramento à RDC nº 77/2001 - Operadoras com até 20 mil beneficiários

Enquadramento	Total de OPS	OPS (%)	Beneficiários	Benef (%)	Exigido ANS
Sim	468	50%	2.623.310	59%	56.058.724
Não	470	50%	1.805.876	41%	45.121.972
Total	938	100%	4.429.186	100%	101.180.696

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (3º Trimestre 2003).

Esses resultados indicam que as operadoras de pequeno porte são as que têm mais dificuldades de se adequar às regras de garantias financeiras, destacando-se, ainda, que muitas preenchem o DIOPS de forma incorreta.

Deve-se destacar que, mesmo existindo a obrigatoriedade de envio do Parecer dos Auditores Independentes relativo aos exercícios financeiros, muitas operadoras de pequeno porte não o fizeram, descumprindo o disposto no § 2º do art. 22 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, o que poderia impactar significativamente os níveis de adequação apurados.

Exemplificando em números, em relação aos exercícios de 2002 e 2001, do universo de operadoras ativas 1.112 encontram-se nessa situação, o que representa 48,8% do total e, ainda, levando-se em consideração apenas as operadoras de pequeno porte (1.959 OPS), esse percentual se eleva para 56,7%.

Avaliando os efeitos da regulação nesses primeiros anos, pode-se inferir que os percentuais de não-atendimento às regras das garantias financeiras, apuradas em quatro possibilidades, estão expostos na Tabela 5.12.

Para melhor explicar, as operadoras que não constituíram garantias financeiras estão classificadas em 3 categorias de irregularidades: (i) não constituição da provisão de risco (PR); (ii) insuficiência de capital mínimo² (CM); e (iii) provisão de risco e capital mínimo desenquadrados.

Tabela 5.12
Operadoras desenquadradas à RDC nº 77/2001

Tipo de desenquadramento	Total de OPS	OPS (%)
Apenas em Provisão de Risco – PR	266	50%
Apenas em Capital Mínimo – CM	108	20%
Em PR e CM	118	22%
Por informações inconsistentes	41	8%
Total	533	100%

Fonte: Banco de Dados do DIOPS (3º Trimestre de 2003).

Verifica-se, então, que o principal motivo do desenquadramento das operadoras às regras das garantias financeiras foi a não-adequação à constituição da Provisão de Risco, que atingiu o percentual de 50%.

Quando avaliadas as operadoras que não atenderam à norma de capital mínimo, independentemente de estarem ou não adequadas à regra de constituição da Provisão de Risco, nota-se que essas operadoras praticamente não possuíam recursos contabilizados para atender às regras mínimas exigidas pela RDC nº 77/2001, muitas vezes com patrimônio líquido negativo, sendo necessário que essas operadoras aportem recursos para restabelecer o equilíbrio econômico.

Vale dizer que o Patrimônio Líquido negativo é um forte indicativo de problemas no enquadramento às regras de garantia financeira, até porque indica o estado de insolvência da operadora.

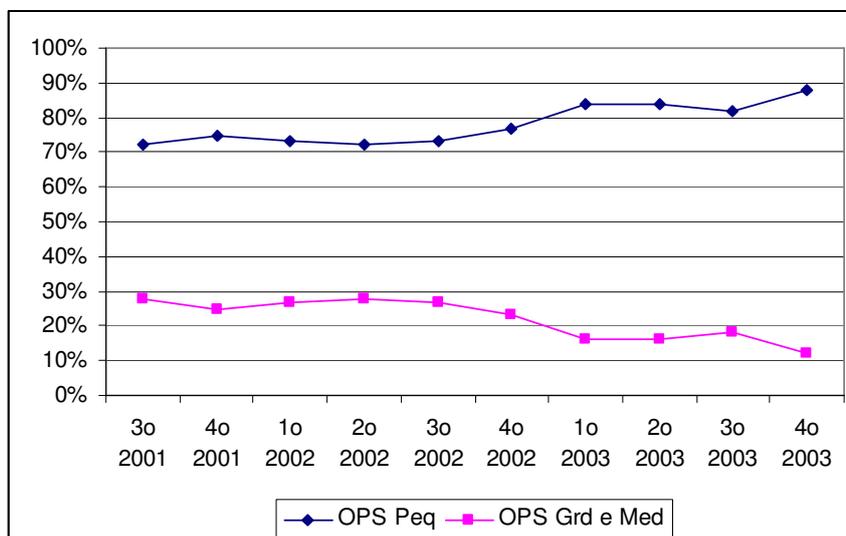
Tabela 5.13
Operadoras com Patrimônio Líquido negativo

Trimestre	Total de OPS	OPS Peq.	OPS Peq. (%)	OPS Grd. e Méd. (%)
3o 2001	215	154	72%	28%
4o 2001	182	136	75%	25%
1o 2002	181	133	73%	27%
2o 2002	181	131	72%	28%
3o 2002	173	126	73%	27%
4o 2002	142	109	77%	23%
1o 2003	132	111	84%	16%
2o 2003	139	117	84%	16%
3o 2003	141	115	82%	18%
4o 2003	104	92	88%	12%
Média	159	122	77%	23%

Fonte: Banco de Dados do DIOPS.

Com base nesses números, traçou-se o Gráfico 5.5 para melhor ilustrar a evolução do enquadramento das operadoras de pequeno porte que estão com o Patrimônio Líquido negativo. O período observado se dá a partir o 3º trimestre de 2002, quando se passou efetivamente a exigir a constituição de garantias financeiras mínimas. Dado o diferimento previsto para sua constituição, é possível inferir que a redução dos percentuais de enquadramento no 3º trimestre de 2003 guarda relação com o aumento percentual cumulativo das garantias a serem contabilizadas por exigência da RDC nº 77/2001.

Gráfico 5.5
Patrimônio líquido negativo segundo o porte (%)



Fonte: Banco de Dados do DIOPS.

Aumentando a estratificação do porte das operadoras, a Tabela 5.14 resume o atendimento às regras de garantias financeiras. Observa-se que há uma tendência de o percentual de operadoras que atendem às regras de constituição das garantias financeiras diminuir na mesma proporção da redução do porte da operadora.

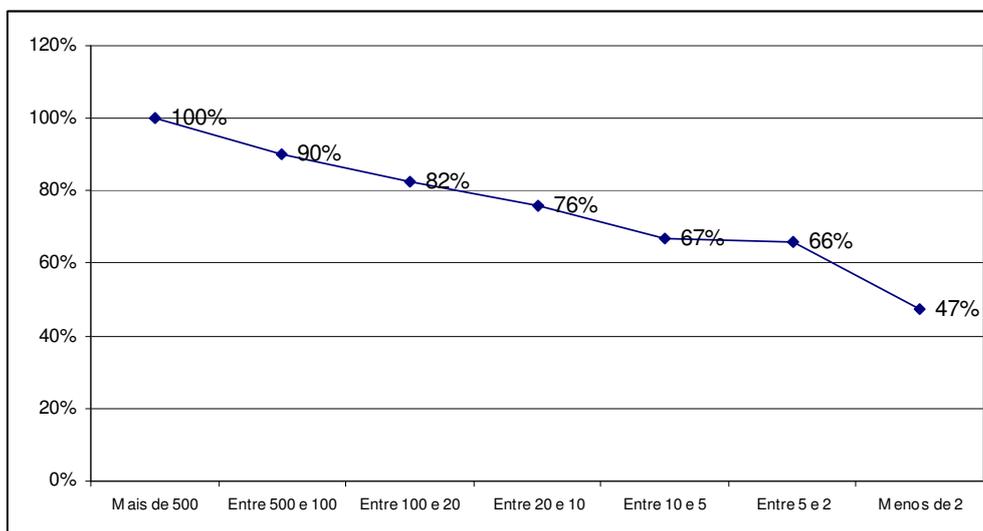
Tabela 5.14
Garantias financeiras segundo porte

Nº de Benef.	3º trim 2002	4º trim 2002	1º trim 2003	2º trim 2003	3º trim 2003	4º trim 2003
Mais de 500	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Entre 500 e 100	91%	89%	93%	94%	85%	90%
Entre 100 e 20	78%	90%	84%	85%	71%	82%
Entre 20 e 10	74%	80%	77%	78%	62%	76%
Entre 10 e 5	63%	72%	68%	71%	55%	67%
Entre 5 e 2	55%	58%	62%	67%	52%	66%
Menos de 2	37%	45%	44%	44%	39%	47%

Fonte: Banco de dados DIOPS e Cadastro de Beneficiários.

A partir dos dados obtidos no quarto trimestre de 2003, pode-se, para melhor visualizar a relação entre atendimento às garantias financeiras e o porte da operadora, construiu-se o Gráfico 5.6, que deixa nítida a tendência apontada.

Gráfico 5.6
Atendimento às garantias financeiras segundo porte



Nota: Número de beneficiários em mil.

Fonte: Banco de dados DIOPS e Cadastro de Beneficiários (4º Trimestre 2003)

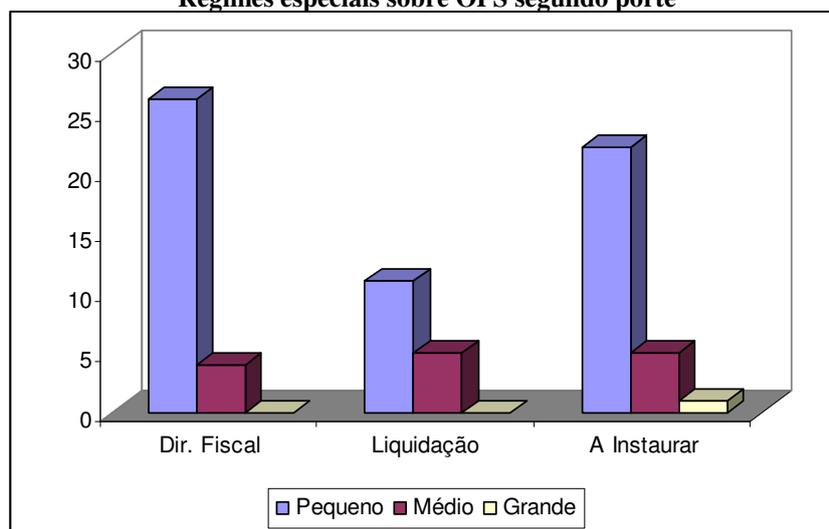
A consequência da fragilidade econômico-financeira das operadoras de pequeno porte também pode ser verificada na Tabela 5.15 e no Gráfico 5.7, onde são apresentados os números das operadoras em regime especial, por porte. Nota-se que há um percentual elevado de operadoras de pequeno porte na situação de regimes especiais.

Tabela 5.15
Regimes especiais sobre OPS segundo porte

PORTE	Dir. Fiscal	Liquidação	A Instaurar
Pequeno	26	11	22
Médio	4	5	5
Grande	0	0	1
TOTAL	30	16	28

Fonte: Gerência de Regimes Especiais das Operadoras – ANS.

Gráfico 5.7
Regimes especiais sobre OPS segundo porte



Fonte: Gerência de Regimes Especiais das Operadoras – ANS.

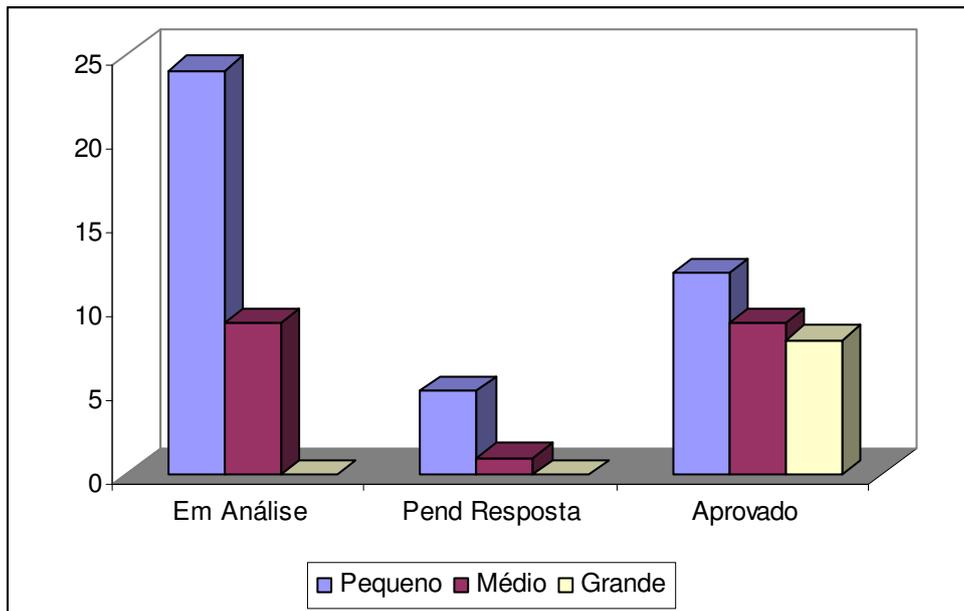
Da mesma forma, essa fragilidade se apresenta na Tabela 5.16 e Gráfico 5.8, onde são oferecidos os números das operadoras em plano de recuperação, por porte. Observa-se que há um percentual elevado de operadoras de pequeno porte na situação de plano de recuperação.

Tabela 5.16
Planos de Recuperação sobre OPS segundo porte

PORTE	Em Análise	Pend Resposta	Aprovado
Pequeno	24	5	12
Médio	9	1	9
Grande	0	0	8
TOTAL	33	6	29

Fonte: Gerência de Regimes Especiais das Operadoras – ANS.

Gráfico 5.8
Planos de Recuperação sobre OPS segundo porte



Fonte: Gerência de Regimes Especiais das Operadoras – ANS.

NOTAS:

¹ Ocorre deterioração de resultados quando valor das despesas ultrapassa as receitas.

² Apenas para fins didáticos utiliza-se neste trabalho a expressão capital mínimo englobando também o conceito provisão para operação adotado para as operadoras sem fins lucrativos, dado que a metodologia de cálculo é idêntica.

CONCLUSÃO

O controle da solvência das operadoras zela pela poupança popular, pois os planos de saúde constituem, no Brasil, forma alternativa de proteção social. A operação desses planos é atividade, em termos econômicos, de intermediação financeira, na qual, diferentemente da atividade bancária, as pessoas não têm a posse do dinheiro investido. Ao adquirir um plano de saúde, o beneficiário paga as contraprestações mensais que lhe propiciarão cobertura para Eventos definidos contratualmente. Contudo, esses montantes pagos devem ser mensurados adequadamente, pois as empresas devem constituir uma estrutura financeira que a possibilite cumprir com suas obrigações.

Deduz-se, também, que a Lei nº 9656/98 revela preocupação com os aspectos financeiros e patrimoniais das operadoras, demonstrando, em particular, que há uma relação direta entre a solvência de uma operadora e a manutenção e qualidade da prestação dos serviços de assistência à saúde aos consumidores.

Evidencia-se, ainda, que o setor vem atravessando um período de grandes dificuldades, principalmente, para as operadoras de pequeno porte. O resultado apresentado quanto à análise do Patrimônio Líquido das operadoras demonstra que 104 delas encontram-se em estado de insolvência, sendo 88% de pequeno porte. Releva considerar que o mercado vive ainda uma fase de transição para um ambiente regulado, o que, decerto, já é motivo suficiente de mudanças estruturais, sendo fato que algumas operadoras estão em melhores condições de atravessar essa fase de turbulência do que outras.

Verifica-se que a Liquidez tende a reduzir quanto menor é o porte da operadora, demonstrando, portanto, uma maior dificuldade de as operadoras de pequeno porte honrar com seus compromissos de curto prazo.

Do mesmo modo, observa-se que quanto menor o porte da operadora menor é o índice de Sinistralidade, o que não significa que essa tendência sinalize um melhor controle das operadoras de pequeno porte sobre seus custos assistenciais, mas sim uma distorção provocada por erro no lançamento contábil, pela confusão causada entre a compreensão

de Despesas Administrativas e Despesas Assistenciais. A análise dos resultados do índice Combinado elimina esse viés.

Não se teve a pretensão, por este estudo, de chegar a um número mínimo de consumidores na carteira de uma operadora capaz de permitir a manutenção de padrões razoáveis de solvência e conseqüente sustentabilidade. No entanto, pode-se dizer que, pelos dados econômico-financeiros analisados, observa-se haver uma faixa crítica de operadoras com problemas graves na continuidade de suas operações.

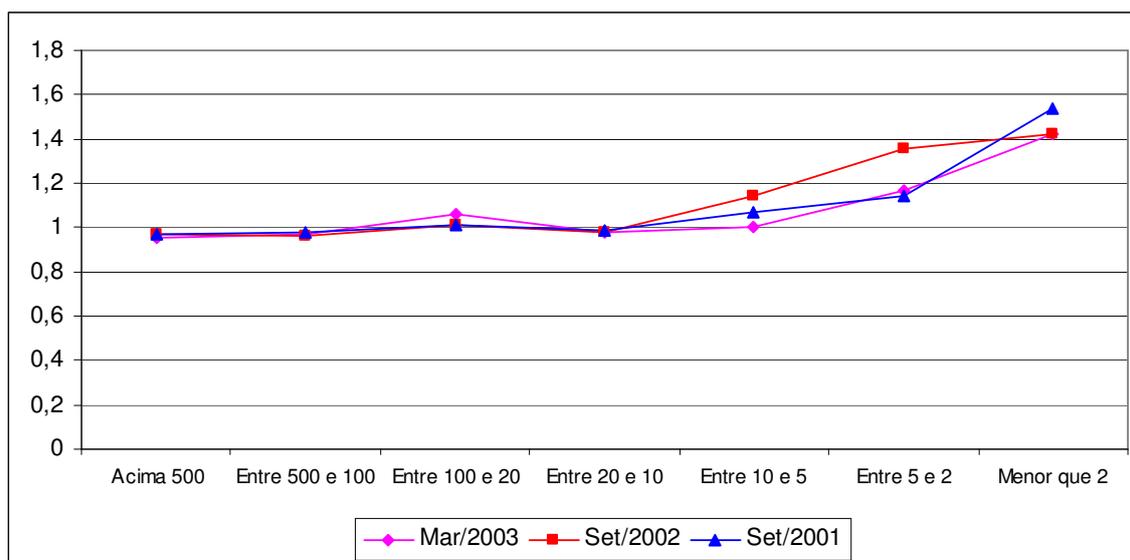
A fim de se demonstrar essa faixa crítica será utilizado o índice Combinado, conforme tabela abaixo:

Tabela 6.1
Combinado por porte

MERCADO (Mil)	1/03	4/02	3/02	2/02	1/02	4/01	3/01
Todo Mercado	0,99	0,99	0,99	0,99	0,96	0,99	0,99
Acima 500	0,95	0,96	0,97	0,96	0,94	0,96	0,97
Entre 100 e 500	0,97	0,96	0,96	0,95	0,94	0,97	0,98
Entre 20 e 100	1,06	1,00	1,01	1,01	0,98	1,00	1,01
Entre 10 e 20	0,98	0,99	0,98	0,98	0,93	0,98	0,99
Entre 5 e 10	1,00	1,18	1,14	1,07	1,04	1,05	1,07
Entre 2 e 5	1,17	1,11	1,36	1,30	1,10	1,27	1,14
Menor que 2	1,42	1,51	1,42	1,31	1,24	1,38	1,54

Fonte: Banco de Dados do DIOPS.

Gráfico 6.1
Combinado por porte

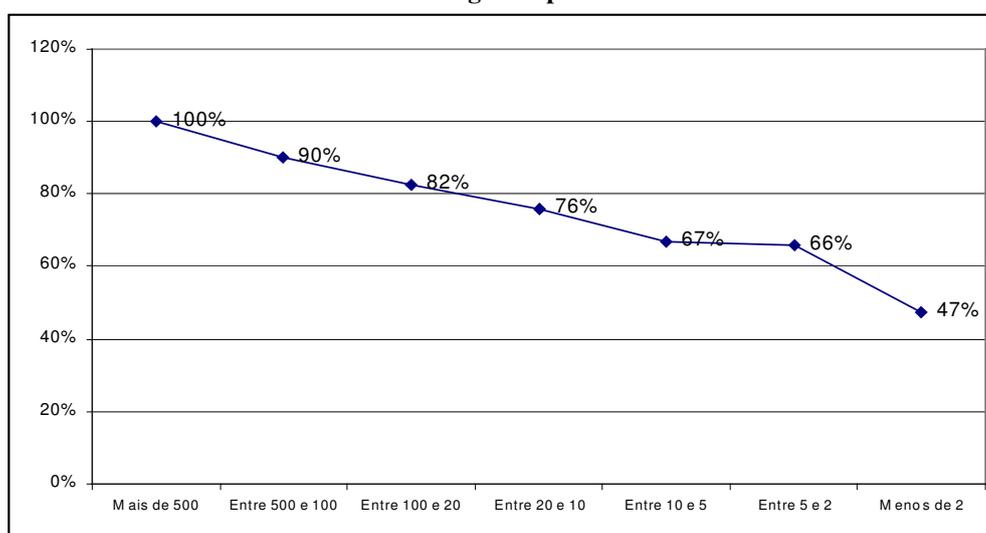


Fonte: Banco de dados DIOPS.

Da leitura dos dados da Tabela 6.1 e do Gráfico 6.1, depreende-se que, independentemente da elaboração de qualquer estudo sobre escala mínima de operadoras de planos de saúde, as empresas com 5 mil beneficiários ou menos, apresentam, sistematicamente, prejuízo em suas operações, configurando a incapacidade desse grupo em gerar receita suficiente para suprir as despesas operacionais.

Essa inferência pode ser confirmada pela tendência de não-cumprimento das regras de constituição das garantias financeiras conforme diminui o porte da operadora, como representado no Gráfico 6.2.

Gráfico 6.2
Garantias financeiras segundo porte – dezembro de 2003



Nota: Número de beneficiários em mil.
Fonte: Banco de dados DIOPS e Cadastro de Beneficiários.

A crise que afeta predominantemente as operadoras de pequeno porte pode causar problemas para as maiores, pois esse é um setor de forte interdependência entre seus agentes. Vale lembrar que se trata de um mercado afetado pelo chamado risco sistêmico, no qual a ação de um agente afeta o comportamento dos demais, sendo essa propagação pode provocar quebra generalizada de muitas operadoras, gerando, assim, uma perda de confiança no setor.

Para exemplificar essa afirmação, pode-se citar o caso das empresas de previdência complementar aberta, que, até o final da década de 80, não eram reguladas e que, nos anos 90, enfrentaram problemas de solvência, gerando desconfiança quanto a sua hígidez.

A busca de uma estrutura eficiente de mercado deve considerar, no caso da saúde suplementar, o princípio do mutualismo inerente ao gerenciamento de risco e a existência de deseconomias de escala. Diante disso, as análises sobre indicadores utilizados neste estudo apontam para uma tendência geral de piora da situação econômico-financeira da operadora à medida que o porte diminui, assinalando, em especial, para resultados deficitários sistemáticos quando o porte fica abaixo de 5 mil beneficiários.

Considerando, então, que o advento da Lei nº 9656/98 traduz a primeira estruturação deste mercado e que cabe à regulação criar um ambiente de transição o mais tranqüilo possível, com base nos resultados obtidos nesse trabalho, poderia a ANS adotar iniciativas voltadas a proceder à retirada ordenada de operadoras que apontam sistematicamente grau deficitário em suas operações de planos de saúde.

Sobre isso, COSTA & CASTRO (2003:61) anotam que “a concentração das empresas no mercado pode trazer resultados benéficos para os consumidores pela possível associação entre empresas de maior porte e eficiência econômica. Os estudos trabalham com a hipótese da existência de uma correlação positiva entre mercados mais concentrados e eficiência (e qualidade da firma)”.

Os mesmos autores também assinalam que a regulação prudencial normalmente leva à concentração de mercado e, quanto a isso, há uma grande preocupação no sentido de que, no caso do mercado de saúde suplementar, existe uma particularidade: muitas operadoras de pequeno porte atuam em regiões de baixa densidade populacional e poder aquisitivo, sendo este um nicho de mercado que, a rigor, não interessa às grandes operadoras.

O mercado segurador serve de exemplo de demonstração do processo de reestruturação de mercados regulados. Até o marco regulatório trazido pelo Decreto-lei nº 73/66, o setor era formado por cerca de 350 empresas que operavam sem nível adequado de capital e com alguns problemas de idoneidade empresarial, o que prejudicava sobremaneira sua imagem. O Governo estimulou o processo de fusões e aquisições, através do Decreto-lei nº 1.115/70, que concedeu incentivos fiscais às sociedades seguradoras que se utilizassem dessa ferramenta para reestruturação societária (BRASIL/MF/SUSEP, 2002).

A análise realizada neste estudo permite, então, fazer as seguintes recomendações, como contribuição para se promover uma melhor sustentabilidade do mercado de saúde suplementar.

A ANS poderia implementar programa de incentivos à transferência das carteiras de operadoras sem condições de gerenciar o risco saúde para outras econômica e financeiramente saudáveis.

Adicionalmente, o órgão regulador poderia, também, adotar medidas facilitadoras e atrativas para a execução de fusões e incorporações de operadoras em dificuldades econômico-financeiras, a fim de se evitar a instauração de regimes especiais, que atualmente vêm levando, inexoravelmente, a uma saída traumática do mercado.

A ANS poderia, ainda, desenvolver estudos sobre estrutura eficiente de operação neste mercado, considerando os tipos de atenção, os diversos segmentos, a idade das carteiras, os tipos de plano, o valor das contraprestações pecuniárias, os modos de pagamento etc. É importante também uma interação entre a ANS e os demais órgãos reguladores de mercado, como o CADE, a SUSEP e o BACEN, em função de uma possível tendência à formação de monopólios, como também para a troca de experiência em mercados que operam com a presença de risco sistêmico.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, M.V. & COIMBRA, M.B. 2001. Economia da saúde no Brasil In *Microeconomia e sociedade no Brasil* (Lisboa, M. & Menezes Filho, N., orgs.), p. 285-331, Rio de Janeiro: FGV/RJ.

BENJÓ, I. 1999. *Fundamentos da economia da regulação*. Rio de Janeiro: Thex.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2000a. *Câmara Técnica de Segmentação: relatório final*. Rio de Janeiro, 26 de julho de 2000. Diretoria Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE. Mimeo.

_____. 2000b. *Câmara Técnica de Contabilidade: relatório final*. Rio de Janeiro, 10 de outubro de 2000 Diretoria Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE. Mimeo.

_____. Congresso Nacional. *Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

_____. Congresso Nacional. *Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

_____. Presidência da República. *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.

_____. Ministério da Fazenda. Superintendência de Seguros Privados. 2003. *Relatório de Gestão de 2002*. Rio de Janeiro: SUSEP.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000*. Institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000*. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 77, de 17 de junho de 2001*. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN nº 3, de 19 de abril de 2002*. Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão ANS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN nº 27, de 3 de abril de 2003*. Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Executiva da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001*. Institui o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 2004. *Coletânea de artigos e palestras sobre o setor de saúde suplementar: 2000 a 2003*. Rio de Janeiro: ANS.

BRUNA, S.V. 2001. *O poder econômico e a conceituação do abuso em seu exercício*. São Paulo: Revista dos Tribunais.

CASTIGLIONE, L. 2002. O mercado brasileiro de seguros: resultados e tendências. In *Plano Diretor de Seguros*, São Paulo, EMTS, 7 (29), p. 3-5, abr.

CHANDLER, A. D. 1990. *Scale and scope: the dynamics of industrial capitalism*. Cambridge, London: Harvard University Press.

CHOLLET, D. J. & LEWIS, M. 1997. *Private insurance: principles and practice*. Washington DC, World Bank. Artigo apresentado na Conferência *Inovations in health care financing*, realizada em 10 e 11 de março de 1997.

COSTA, V. 2002. A debilidade da carteira de saúde. *Revista de Seguros*, Rio de Janeiro: Fenaseg, v. 83, n. 841: p. 28-9, abr./jun.

COSTA, N. R. *et al.* 1999. Análise comparada do regime regulatório na infra-estrutura e no setor saúde. Nota Técnica 4. In *Modelos de regulação e análise do caso brasileiro*, p. 51-91, Rio de Janeiro: ANS.

COSTA, N. R. & CASTRO, A. J. W. 2003. *O regime regulatório e a estrutura de mercado de planos de assistência à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar. Mimeo.

COUTINHO, P.C. & OLIVEIRA, A.R. 1999. Regulação prudencial e concorrência no setor bancário. *Revista de direito econômico*, Brasília/DF: CADE, n. 29: p. 77-99, jan./jul.

DONALDSON, C. & GERARD, K. 1993. Market failure in health care. In *Economics of health care financing the visible hand*. London: MacMillan.

FENASEG. 2000. *Atividade seguradora no Brasil: fundamentos, história, regulamentação e prática*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fenaseg.

FONSECA, H.L.P. 2000. Liquidação extrajudicial das instituições financeiras e suspensão de processos judiciais. *Revista de direito bancário, do mercado, de capitais e da arbitragem*, São Paulo: Revista dos Tribunais, 3 (8): p. 107-122, abr./jun.

GABAY, R. 2002. Gerenciando riscos nos planos de saúde. In: *Seguros & Riscos*, São Paulo, Technic Press, n. 167, p. 39-41, abr.

GALIZA, F. J. S. 2004. Modelos de solvência. *Caderno de seguros da FUNENSEG*, Rio de Janeiro: FUNENSEG. 123 (24): 12-17, mar.

- IUDÍCIBUS, S. 1997. *Teoria da Contabilidade*. 5.ed. São Paulo: Atlas.
- KASSAI, S. 1997. As empresas de pequeno porte e a contabilidade. *Revista Contabilidade & Finanças*, São Paulo: FIECAFI, v. 9, n. 15, p.60-74, jan./jun.
- KORNIS, G. & SICSÚ, B. 2000. *Sistema privado de seguro saúde: a influência da competição empresarial na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- LIMA, G.T. 2003. *Evolução recente da regulação bancária no Brasil*. Brasília/DF: Ministério da Fazenda/Secretaria de Assuntos Internacionais. Temas de Economia Internacional, v. 3.
- LIMA, J. A. A. 2002. O seguro saúde. In *Revista Viva Seguro*, Brasília: Sincor, v. 4, n. 19, p. 23-30, ago.
- MATOS FILHO, J.C. & CÂNDIDO JR., J.O. 1997. *Poupança privada e sistema financeiro: possibilidades e limitações*. Brasília/DF: IPEA. Texto para discussão nº 488.
- MELLAGI FILHO, A. 1994. *Mercado financeiro e de capitais: uma introdução*. São Paulo: Atlas.
- MESQUITA, M. A. F. 2002. A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*, v. 1 (BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar), p. 69-136, Rio de Janeiro: ANS.
- NONAKA, I. & TAKEUCHI, H. 1997. *Criação de conhecimento na empresa*. Rio de Janeiro: Campus.
- PENTEADO, M. R. 1995. *Dissolução e liquidação das sociedades*. Brasília: Brasília Jurídica.
- PINDICK, R S. & RUBINFELD, D.L. 2002. *Microeconomia*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall. (E. Prado, trad.).

SALLES & SANTOS. 2004. A evolução da solvência, das provisões técnicas e da técnica atuarial: uma visão técnico-jurídica. *Caderno de seguros da FUNENSEG*, Rio de Janeiro: FUNENSEG, 123 (24): 27-34, mar.

SALOMÃO FILHO, C. 2001. *Regulação da atividade econômica: princípios e fundamentos jurídicos*. São Paulo: Malheiros.

SIQUEIRA, F. J. 2001. Instituições financeiras: regimes especiais no direito brasileiro. *Revista de direito bancário, do mercado de capitais e da arbitragem*, v. 12, abr./jun. p. 44-71. São Paulo: Revista dos Tribunais.

SPÍNOLA, M. R. P. & TROSTER, R. L. 2001. Estruturas de Mercado. In Manual de economia (Pinho, D. B & Vasconcellos, M. A. S., orgs.) São Paulo: Saraiva.

STIGLITZ, J.E. 1999. Market Failure. *Economics of public sector*. 3.ed. New York/London: W.W. Norton & Company, p. 55-92.

TEIXEIRA, A. 2001. Mercado e imperfeições do mercado: o caso da assistência suplementar. *Cadernos de saúde suplementar: 2º ciclo de oficinas*, Rio de Janeiro: ANS, p. 4-22, out./dez.

TOBAR, F. & YALOUR, M. R. 2001. *Como fazer uma tese em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

VIOLA, S. 1983. *Noções de Seguros*, Rio de Janeiro: IRB.

_____. 1993. A concentração no mercado segurador. *Cadernos de Seguro da FUNENSEG*, Rio de Janeiro: FUNENSEG, v. 12, n. 69, p. 21-3, ago/set.