

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONOMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
CENTRO DE POS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CONTABILIDADE E
CONTROLADORIA

EVIDENCIAÇÃO DOS RISCOS ATUARIAIS NAS DEMONSTRAÇÕES
FINANCEIRAS DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

Suelen Amélia de Almeida

Belo Horizonte

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONOMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
CENTRO DE POS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CONTABILIDADE E
CONTROLADORIA

EVIDENCIAÇÃO DOS RISCOS ATUARIAIS NAS DEMONSTRAÇÕES
FINANCEIRAS DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

Suelen Amelia de Almeida

Orientadora: Profa.: Jacqueline Veneroso Alves da Cunha

Belo Horizonte

2011

SUELEN AMELIA DE ALMEIDA

EVIDENCIAÇÃO DOS RISCOS ATUARIAIS NAS DEMONSTRAÇÕES
FINANCEIRAS DAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Contábeis, da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em Auditoria Externa.

Orientadora: Profa.: Jacqueline Veneroso Alves da Cunha

Belo Horizonte

2011

RESUMO

A privatização do setor de saúde no Brasil ganhou força a partir dos anos de 1980 e apresenta constante crescimento desde a sua regulação iniciada em 1999. O maior risco atrelado as operadoras de planos de saúde é não ter recursos suficientes para fazer frente às coberturas assistenciais oferecidas aos seus beneficiários. Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo avaliar se as operadoras de planos de saúde evidenciam em suas demonstrações financeiras os seus riscos atuariais, já que estes estão diretamente ligados à sua solvência e a garantia de que o beneficiário terá direito, quando necessário, aos serviços contratados. Foram avaliadas as demonstrações financeiras de dezembro de 2009 de 7 das 10 maiores operadoras em número de beneficiário, que são responsáveis por 20% do total de beneficiários segundo dados de setembro de 2010. Os resultados encontrados evidenciaram que as operadoras de plano de saúde, por ausência de exigência da agência regulatória do setor, não evidenciam nas suas demonstrações financeiras os seus riscos atuariais, permitindo concluir que novas exigências devem ser feitas por parte da referida agência, assim como observado no mercado de seguros e previdência privada.

Palavras chaves: operadoras de plano de saúde, riscos atuariais e evidenciação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.2 O papel da Agência Regulatória	13
2.3 Dados do setor de saúde suplementar.....	14
2.4 Riscos do mercado de saúde suplementar.....	19
2.5 Evidenciação.....	21
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	23
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	26
5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	32
REFERÊNCIAS	34

LISTA DE ABREVIATURAS

CASSI - Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

CONAMGE - Conselho Nacional de Auto-Regulamentação

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CRC - Conselho Regional de Contabilidade

CVM - Comissão de Valores Mobiliários

IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

1 INTRODUÇÃO

Os princípios da atuação privada no setor de saúde só foram definidos na Constituição Federal de 1988, mas os marcos regulatórios do setor se deram nos anos de 1999 e 2000 com as publicações, respectivamente, das Leis nºs 9.656 e 9.961. A primeira regulamenta a atuação privada no setor de saúde tanto no âmbito econômico quanto no assistencial. Já a segunda determina a criação de uma agência regulatória para o setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O terceiro trimestre de 2010 encerrou-se com 44,8 milhões de beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia o que corresponde a 23% da população brasileira. A receita bruta gerada pelo setor atingiu 53,7 bilhões de reais (ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro de 2010).

O maior risco para uma operadora de planos de saúde é não ter recursos suficientes para fazer frente às coberturas assistenciais oferecidas aos seus beneficiários. Dentre os riscos atrelados a esta possível insuficiência estão os riscos atuariais. Os riscos atuariais correspondem à discrepância observada entre as perdas estimadas e as reais observadas, dada à inadequação das premissas atuariais, em outras palavras, a não suficiência das contraprestações recebidas e reservas técnicas constituídas para arcar com os custos assistenciais gerados pelos beneficiários.

Para que os beneficiários, acionistas e prestadores das operadoras de plano de saúde possam avaliar os seus riscos efetivos é fundamental o conhecimento das premissas atuariais envolvidas nos cálculos das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde e nas reservas técnicas.

Desta forma o presente trabalho tem como objetivo avaliar se as operadoras de plano de saúde evidenciam em suas demonstrações financeiras os seus riscos atuariais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 História da saúde suplementar no Brasil

As deficiências de atendimento na rede pública motivaram a partir da década de 60 o crescimento dos planos e seguros saúde no Brasil, entretanto os princípios da atuação privada no setor de saúde só foram definidos na Constituição Federal de 1988 e o marco regulatório do setor se deu em janeiro de 1999 com a Lei nº 9.656.

Nos anos 40 e 50 teve início a prática de captação de recurso das empresas empregadoras e de seus empregados para o financiamento da assistência à saúde como uma alternativa de assistência mais eficiente do que a da Previdência Social. No setor público, são exemplos: a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual Geap) e, mais tarde, a inclusão da assistência médico-hospitalar entre os benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais (Ministério da Saúde - ANS, 2002). Já no setor privado temos os sistemas assistenciais da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras. Sistemas assistenciais também foram organizados para atender exclusivamente os servidores públicos com regimes próprios de previdência.

Esses sistemas particulares possuíam serviços próprios, os empregados eram atendidos nos postos médicos das fábricas, em ambulatórios das caixas de assistência ou prestadores privados, sendo nestes casos, posteriormente realizado o reembolso das despesas médico-hospitalares pagas por eles.

A partir de meados da década de 60, as relações entre financiadores e provedores de serviços foram substancialmente modificadas. Os denominados convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), mediados pela Previdência Social, estimularam, decisivamente, o processo empresarial da medicina (BAHIA, 2001).

Esses convênios eram financiados pela Previdência Social, através do pagamento, *per capita*, dos trabalhadores e de seus dependentes as empresas que optassem pelo atendimento de seus trabalhadores por medicinas de grupo e empresas médicas. Ou que estruturassem uma rede de provedores de serviços administrada pela própria empresa. No final dos anos 70, os convênios empresa deixaram de ser intermediados pela Previdência Social, e passaram a ser celebrados diretamente entre as empresas - empregadoras e as empresas médicas.

Em 1967, foi criada a primeira cooperativa Unimed, buscando oferecer uma alternativa às empresas de medicina de grupo e ao atendimento previdenciário deficiente. Este tipo de “grupo de médicos” cresceu em diversas regiões do país, a ponto da Unimed se tornar sinônimo de cooperativa médica (atualmente a Unimed representa a maior parte das cooperativas médicas do País).

No final da década de 80, revelou-se a existência de vultoso mercado de planos de saúde. Ao mesmo tempo, houve a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde, a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva, em particular, funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações (Ministério da Saúde - ANS, 2004).

As seguradoras eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que estabelecia exigências mínimas para os produtos ofertados e fiscalizava as atividades. As empresas de medicina de grupo, através do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação (CONAMGE), estabeleceram, em 1990, um Código de Ética, tendo em vista a ausência de regulamentação do setor. Por fim, as cooperativas possuíam estatutos próprios e objetivos específicos. O grupo Unimed, por exemplo, possui uma constituição própria, datada de 1994.

A Constituição Federal de 1988 além de estabelecer a criação de um sistema de saúde universal, integral e gratuito, também definiu os princípios da atuação privada no setor de saúde. Segundo o art. 199 da Constituição:

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Apenas em dezembro de 1997 um Projeto de Lei que tratava da macro regulação da atuação privada no setor de saúde foi aprovado na Câmara Federal, sendo este tanto de natureza econômica (definição de condições de ingresso, operação e saída do setor, além de um conjunto de exigências de garantias financeiras e econômicas) quanto de assistência à saúde.

Neste contexto, emerge o Sistema de Regulação Bipartite: a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda e a regulação das atividades de prestação de serviços de assistência à saúde no Ministério da Saúde.

Em 03 de junho de 1998 promulga-se a Lei nº 9.656, conforme o projeto aprovado na Câmara, que entrou em vigor efetivamente a partir de janeiro de 1999, período no qual foram editadas diversas resoluções pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), necessárias para viabilizar as exigências da legislação.

De modo geral, as principais mudanças trazidas após a regulamentação foram (MACERA e SAINTIVE, 2004):

a) para as operadoras: autorização para funcionamento, regras de operações uniformes, sujeição à intervenção e liquidação e exigência de reservas (garantias financeiras);

b) para os produtos de assistência à saúde: cobertura integral obrigatória, proibição da seleção de risco, proibição da rescisão unilateral dos contratos, definição e limitação das carências e reajustes controlados.

Os contratos antigos foram atingidos pela nova regulamentação nos seguintes pontos:

a) proibição de limites de consulta e suspensão de internação, inclusive em UTI;

b) proibição de rompimento unilateral de contrato para os contratos individuais;

c) controle dos reajustes para contratos individuais.

Estabeleceu-se, ainda, uma data para a migração de todos os contratos antigos para contratos novos: dezembro de 1999. Contudo, este dispositivo foi revogado e os usuários mantiveram o direito de permanecer no plano antigo por tempo indeterminado.

O modelo bipartite de regulação começa a demonstrar seus limites e o marco de sua revisão é a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei nº 9.961/00.

2.2 O papel da Agência Regulatória

A ANS foi criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo como missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras do setor e as relações das mesmas com os seus prestadores e consumidores.

Enquanto agência reguladora possui maior poder de atuação, autonomia administrativa, financeira e política, arrecadação própria, decisões tomadas em Diretoria Colegiada, dirigentes com mandato definido em lei e, por fim, poder legal para efetivação de suas resoluções (Lei nº 9.961/00, art. 1º, Parágrafo Único).

Cabe ressaltar que, diferentemente das agências do setor de infraestrutura, a ANS não surge para regular uma atividade antes realizada por organizações estatais agora privatizadas, mas sim para regular uma atividade privada, já existente, e que nunca havia sido objeto de regulação por parte do Estado.

O primeiro ciclo de instruções normativas da ANS incluiu normas sobre instrumentos de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, aplicação de penalidades, alienação voluntária de carteiras, procedimentos para revisão técnica, instituição da nota técnica de registro de produtos e reajustes de contraprestações pecuniárias de planos de saúde (Resoluções RDC nºs 22, 25, 27, 28 e 29, de 2000) (MESQUITA, 2002).

Já o segundo ciclo de instruções normativas da ANS, com fortes características saneadoras, instituiu o plano de contas, o envio de informações periodicamente, a segmentação e classificação das operadoras, a constituição de garantias financeiras, os regimes de direção fiscal e técnicas, a alienação compulsória das carteiras, a revisão do rol mínimo de procedimentos de obrigação dos planos de saúde, os procedimentos de alta complexidade, a cobertura parcial temporária, o sistema de informações de produtos, o termo de ajuste de conduta, liquidação extrajudicial e as seguradoras especializadas em saúde (MP nº 2.097-36, de 26/01/01 2 2.177-44, de 24/08/2001, Resoluções RDC nº 38, 39, 40, 41, 42 e 47 a 93, de 2000 e 2001).

A fiscalização acontece de forma direta, a partir de denúncias e visitas preventivas e programadas nas operadoras, e de forma indireta, através do acompanhamento e monitoramento das informações periódicas (assistenciais, econômico-financeiras e cadastrais) enviadas pelas operadoras e do cruzamento sistemático de todas as informações disponíveis, inclusive da incidência de reclamações e aplicação de multas.

2.3 Dados do setor de saúde suplementar

O inciso II do art. 1º da Lei nº 9.656/1998 define as operadoras de plano de assistência à saúde como sendo pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de assistência a saúde.

Em 2000, a ANS através da RDC nº 39, classificou as operadoras em modalidades, sendo elas:

Administradora: empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pelo contratante e que não possuem risco decorrente da operação desses planos nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;

Cooperativa Médica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam planos privados de assistência à saúde;

Cooperativa Odontológica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam exclusivamente planos odontológicos;

Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas;

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal junto aos órgãos competentes;

Medicina de Grupo: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando aquelas classificadas nas modalidades anteriores;

Odontologia de Grupo: empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades anteriores.

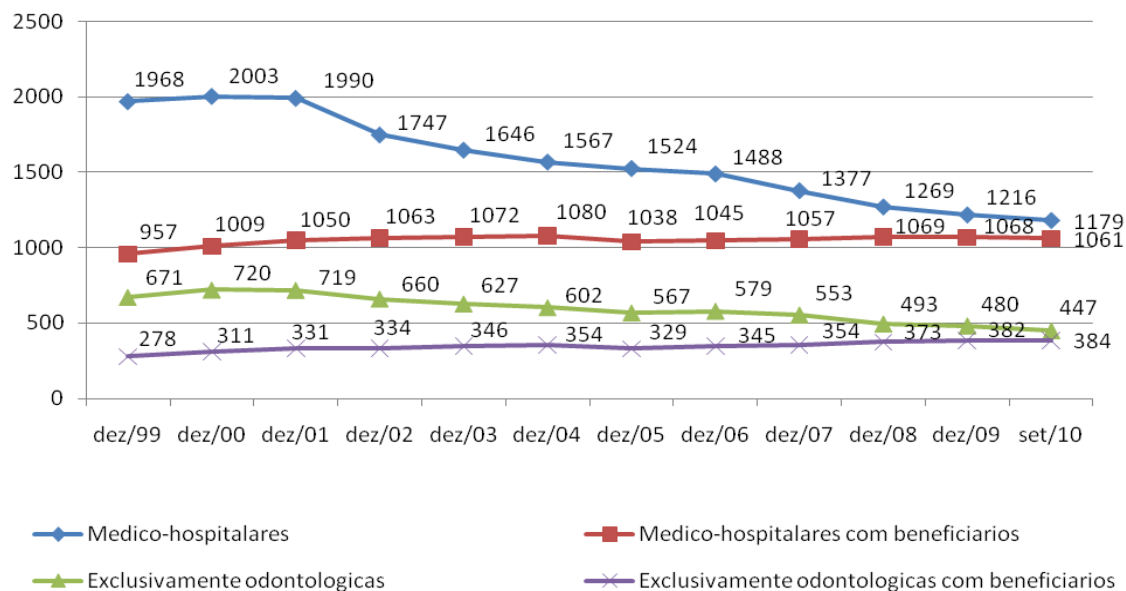
Posteriormente, em 2001, a Lei nº 10.185 exigiu que as seguradoras que já atuavam no segmento do seguro saúde se transformassem em seguradoras especializadas, equiparando-as às operadoras e tornando-as subordinadas à ANS.

Seguradora Especializada em Saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar seguro-saúde, devendo seu estatuto vedar a atuação em quaisquer outros ramos de seguro.

No Gráfico 1 é apresentada a evolução do número de operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas com e sem beneficiários. Ao longo dos anos observa-se uma queda no número de operadoras que chega a ser de 40,09% entre as médico-hospitalares e 33,38% entre as exclusivamente odontológicas. Tal comportamento é explicado pela redução do número de novos registro e aumento no número de cancelamentos.

Entre as operadoras com beneficiários observa-se comportamento estável ou ligeiro crescimento.

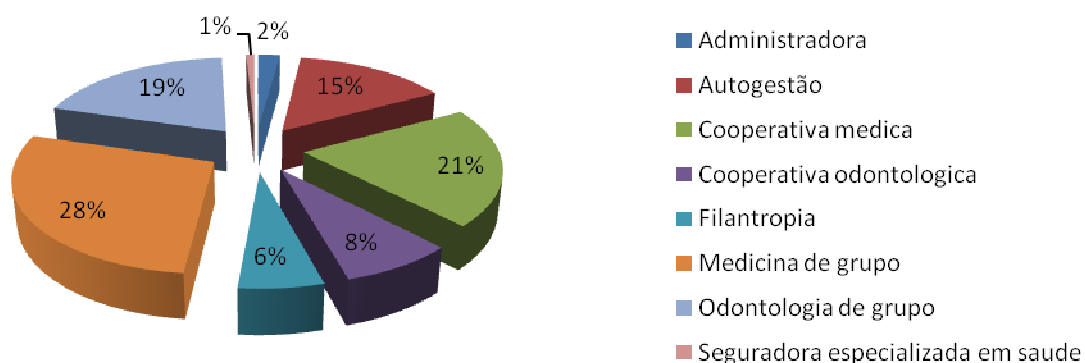
GRÁFICO 1 – Evolução do número de operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas – dezembro de 1999 a setembro de 2010.



Fonte: ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro de 2010).

Das 1626 operadoras ativas em setembro de 2010, 28% são da modalidade medicina de grupo e 21% cooperativas medicas (Gráfico 2).

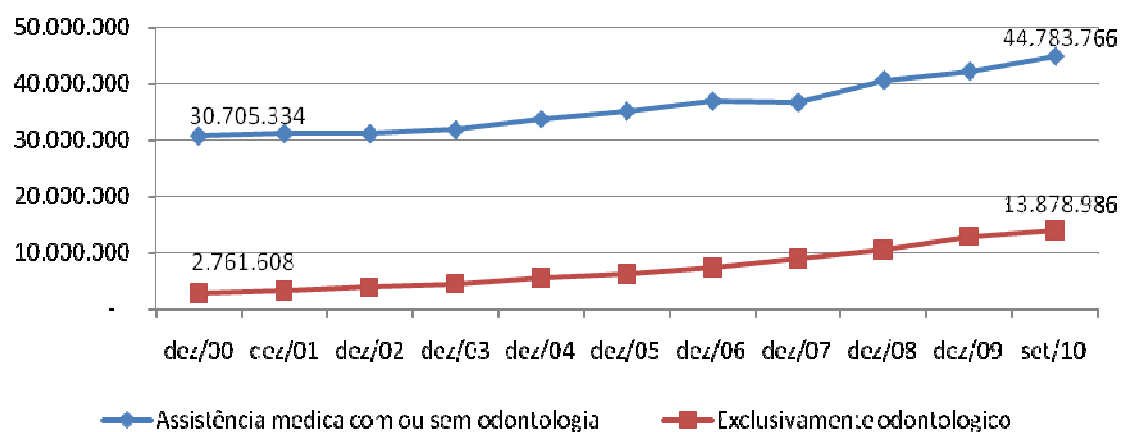
GRÁFICO 2 – Distribuição das operadoras por modalidade – setembro de 2010.



Fonte: ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro de 2010).

O terceiro trimestre de 2010 encerrou-se com 44,8 milhões de beneficiários de plano de assistência médica com ou sem odontologia (crescimento de 45% em relação a dezembro de 2000) e 13,9 milhões em planos exclusivamente odontológicos (crescimento de 396% em relação a dezembro de 2000) (Gráfico 3). Aproximadamente 23% da população brasileira dispunha de plano de saúde médico-hospitalar, sendo o restante atendido pelo serviço público de saúde (ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro de 2010).

GRÁFICO 3 – Evolução do número de beneficiários em planos de assistência médica e exclusivamente odontológicos – dezembro de 2000 a setembro de 2010.



Fonte: ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro de 2010).

A receita com contraprestações pecuniárias gerada pelo setor no ano de 2009 foi de 65,5 bilhões de reais. Até setembro de 2010 o montante observado é de 53,7 bilhões (Tabela 1).

TABELA 1 – Receita com contraprestação pecuniária por modalidade de operadora – 2009 e 2010 (até setembro).

Modalidade da operadora	2009 (R\$)	2010 (até setembro de 2010) (R\$)
Operadoras médico-hospitalares	64.210.130.538	52.585.737.989
Autogestão	7.574.290.409	6.068.997.829
Cooperativa medica	23.228.066.617	19.073.377.997
Filantropia	1.506.529.505	1.269.199.657
Medicina de grupo	19.497.638.968	15.928.554.985
Seguradora especializada em saúde	12.403.605.039	10.245.607.521
Operadoras exclusivamente odontológicas	1.333.538.608	1.164.237.592
Cooperativas odontológicas	401.071.967	325.038.259
Odontologia de grupo	932.466.641	839.199.333
Total	65.543.669.146	53.749.975.581

Fonte:ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro de 2010).

2.4 Riscos do mercado de saúde suplementar

2.4.1 Riscos Atuariais

Segundo Lustosa e Silva (2003, p.765) “[...] o maior risco para um fundo de pensão é não ter recursos para fazer face aos seus compromissos e deixar de pagar benefícios”. O mesmo pode ser aplicado às operadoras de plano de saúde se entendermos que o maior risco das mesmas está na incapacidade das contraprestações pecuniárias recebidas e das reservas técnicas constituídas cobrirem os custos de assistência à saúde gerados pelos beneficiários durante o período de vigência de seus contratos.

No cálculo das contraprestações pecuniárias recebidas pelas operadoras de plano de saúde, bem como no cálculo das reservas técnicas a serem constituídas, são adotadas premissas e metodologias atuariais. Logo o maior risco das operadoras de plano de saúde está atrelado aos riscos atuariais.

O risco atuarial pode ser definido como o risco decorrente da adoção de premissas atuariais que não se confirmem, ou que se revelem agressivas e pouco aderentes à massa de beneficiários ou do uso de metodologia que se demonstre inadequada.

No que se refere ao cálculo das contraprestações pecuniárias das operadoras de plano de saúde, são premissas atuariais:

- ✓ O rol de procedimentos cobertos pelo plano de saúde, bem como as estimativas de probabilidade de perda, ou frequências de utilização e o custo médio dos mesmos;
- ✓ Adoção de margens de segurança estatísticas que possibilitem intervalos de confiança para as perdas estimadas;
- ✓ Número de beneficiários estimados por faixa etária do plano de saúde;
- ✓ Percentual de variação por faixa etária das contraprestações pecuniárias, conforme a Resolução Normativa nº 63 de 2003.

São fatores que tornam as operadoras de plano de saúde incapazes de arcar com os benefícios oferecidos aos seus clientes:

- ✓ Não confirmação ou inadequação das premissas atuariais adotadas na mensuração das contraprestações pecuniárias;

- ✓ Ocorrência de eventos catastróficos e epidemias que onerem muito os custos assistenciais;
- ✓ Queda nas vendas e perda de carteiras gerando menor diluição do risco assistencial;
- ✓ Evolução tecnológica nem sempre atrelada a uma boa relação de custo-efetividade;
- ✓ Fraudes e decisões judiciais tecnicamente injustificáveis;
- ✓ Envelhecimento da população.

No que se refere ao cálculo das reservas técnicas são premissas atuariais a escolha da metodologia adotada, a composição e formação da base de dados adotada e os critérios de avaliação de aderência da metodologia.

As premissas atuariais que baseiam o cálculo das contraprestações e reservas técnicas dos planos de saúde são apresentadas em Nota Técnica a ser avaliada e aprovada pela ANS.

2.5 Evidenciação

A Lei nº 9.656/1998 define que as operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade (CRC) e na Comissão de Valores Mobiliários (CVM), publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei n.º 6.404, de 15 de dezembro de 1976 e alterações. Sendo dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras as operadoras com porte inferior a vinte mil beneficiários.

Ao contrário do determinado para as sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar e sociedades de capitalização, por meio da Circular nº 272/04 da SUSEP, as operadoras de plano de saúde não são obrigadas a publicar em conjunto com as demonstrações financeiras anuais, um parecer atuarial contendo avaliação a respeito da adequação das provisões técnicas. A Lei nº 9.656/1998 apenas prevê a possibilidade de auditoria independente também ser exigida quanto aos cálculos atuariais.

As Demonstrações Contábeis devem ser complementadas por Notas Explicativas, pelo Relatório da Administração e outros quadros analíticos ou demonstrações contábeis necessários para esclarecimentos da situação patrimonial e dos resultados do exercício.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho tem como objetivo verificar se as operadoras de plano de saúde evidenciam em suas demonstrações financeiras os seus riscos atuariais. Para tanto, adotou-se como metodologia a realização de uma pesquisa empírico-analítica, uma vez que, buscou-se conhecimentos de aplicação prática. Além disso, as pesquisas empírico-analíticas são abordagens que apresentam utilização de técnicas de coleta, tratamento e análise de dados, buscando encontrar a relação causal entre as variáveis analisadas (MARTINS, 2000).

A primeira etapa da pesquisa compreende a definição das operadoras de plano de saúde a serem analisadas, bem como o período de interesse. Já a segunda etapa compreende a análise dos dados coletados, tendo como meta investigar se as operadoras evidenciam em suas demonstrações financeiras os seus riscos atuariais.

Como critério de seleção das operadoras a serem analisadas considerou-se o número de beneficiários das mesmas em planos de assistência médico-hospitalar, sendo eleitas 7 das 10 maiores, conforme informações da ANS, referentes a setembro de 2010. As referidas operadoras concentram 20% do total de beneficiários de plano médico-hospitalar em setembro de 2010 (Tabela 2). Foram avaliadas as demonstrações financeiras de dezembro de 2009.

Das 7 operadoras analisadas, duas são seguradoras especializadas em saúde, três são medicina de grupo e duas são cooperativas medicas.

TABELA 2 – Ranking das 10 maiores operadoras de plano de saúde do Brasil, em número de beneficiários – setembro de 2010.

Operadora	Classificação da operadora	Número de beneficiários	Distribuição relativa
Bradesco Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	2.610.973	6%
Intermédica Sistema de Saúde S/A	Medicina de Grupo	2.033.219	5%
Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Medicina de Grupo	1.445.025	3%
Amil Saúde S.A.	Medicina de Grupo	1.414.831	3%
Sul América Seguro Saúde S/A	Seguradora Especializada em Saúde	1.081.619	2%
Central Nacional Unimed	Cooperativa Médica	909.796	2%
Unimed Paulistana	Cooperativa Médica	891.533	2%
Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico	Cooperativa Médica	878.422	2%
Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico	Cooperativa Médica	794.025	2%
Amico Saúde LTDA	Medicina de Grupo	791.207	2%
Outras operadoras		31.933.116	71%
Total		44.783.766	100%

Fonte: ANS (Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro de 2010).

A Amil Assistência Médica Internacional S.A e a Amico Saúde LTDA são controladas diretas da Amil Participações S.A, enquanto a Amil Saúde S.A é controlada indireta. Sendo assim, foram analisadas somente as demonstrações financeiras da Amil Participações S.A.

Para avaliar a existência de evidenciação de riscos atuariais nas demonstrações financeiras das operadoras de saúde, adotou-se como critério a observação dos itens a seguir:

Presença de parecer atuarial: mesmo não sendo obrigatório entre as operadoras de plano de saúde, procurou-se avaliar a adoção ou não do mesmo.

Presença de Nota Explicativa sobre riscos atuariais: avaliar a menção, direta ou indireta, dos riscos atuariais das operadoras em suas notas explicativas.

Constituição parcial das provisões técnicas: a Resolução Normativa nº 160 da ANS, de 3 de julho de 2007, permite que as provisões técnicas sejam constituídas de forma parcial, sendo esta prática não aceita pelo IBRACON, uma vez que, as provisões quando não suficientes deixam de cumprir sua finalidade.

Existência de outras provisões técnicas além das obrigatórias: a necessidade de constituição de outras provisões técnicas indica inadequação nas premissas atuariais nos planos de saúde, ou riscos atuariais futuros gerados principalmente por fatores demográficos.

Presença de Nota Explicativa sobre os montantes referentes ao ressarcimento ao SUS: o objetivo é avaliar se tal passivo é considerado pelas operadoras de plano de saúde.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Entre as operadoras de plano de saúde analisadas, duas são seguradoras especializadas em saúde (Bradesco Saúde S.A e Sul América Seguro Saúde S.A), uma é medicina de grupo (Amil Saúde S.A) e duas são cooperativas médicas (Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico e Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico) juntas correspondem a 20% do total de beneficiários de plano médico-hospitalar em setembro de 2010.

A Amil Participações S.A possui como controladas diretas a Amil Assistência Médica Internacional S.A e a Amico Saúde LTDA e como controlada indireta a Amil Saúde S.A, sendo a maior operadora de plano de saúde médico-hospitalar do Brasil, com 2.859.856 beneficiários (8% do total) em setembro de 2010.

A Bradesco Saúde S.A, em setembro de 2010, era responsável por 6% do total de beneficiários de plano médico-hospitalar, sendo a maior seguradora especializada em saúde do mercado brasileiro em termos de número de beneficiários. Em 2009 apresentou resultado de R\$426.122 milhões, representando rentabilidade de 17,40% sobre o Patrimônio Líquido. Foi a única operadora a obter pontuação máxima (faixa de 0,8 a 1) no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, considerando os dados de 2007, estabelecido no Resultado do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar elaborado pela ANS.

A Sul América Seguro Saúde S.A. é a segunda maior seguradora especializada em saúde, com 2% do total de beneficiários de plano de assistência médico-hospitalar, sendo a maior concorrente direta da Bradesco Saúde S.A.

O sistema Unimed é formado por 377 cooperativas, sendo a Unimed BH e a Unimed Rio, respectivamente, a terceira e quarta maiores cooperativas

do sistema. Ambas foram constituídas em 1971, em 2009 alienaram carteira de beneficiários de outras Unimed's menores do sistema e realizam investimentos constantes em unidades próprias de assistência médico-hospitalar.

No Quadro 1 são apresentados os resultados observados para as operadoras analisadas no que se refere a evidenciação dos riscos atuariais em suas demonstrações financeiras, medida por intermédio dos 5 itens citados na sessão anterior.

QUADRO 1 – Resumo evidenciação dos riscos atuariais nas demonstrações financeiras das operadoras de plano de saúde.

Operadora	Presença de parecer atuarial	Presença de Nota Explicativa sobre riscos atuariais	Constituição parcial das provisões técnicas	Existência de outras provisões técnicas além das obrigatórias	Presença de Nota Explicativa sobre os montantes referentes ao ressarcimento ao SUS
Bradesco Saúde S/A	Não	Sim	Não	Sim	Não
Amil Participações S.A	Não	Não	Sim	Não	Não
Sul América Seguro Saúde S/A	Não	Não	Não	Não	Não
Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico	Não	Não	Não	Não	Não
Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico	Não	Não	Sim	Não	Não

Nenhuma das operadoras analisadas apresentou parecer atuarial em suas demonstrações financeiras. Muito provavelmente, isso se deve ao fato do mesmo não ser exigido legalmente pela ANS. Já o parecer contábil de auditores independentes, exigido pela ANS, é observado em todas as demonstrações financeiras analisadas.

Apenas a Bradesco Saúde S.A apresenta em suas notas explicativas evidenciação mínima de seus riscos atuariais ao mencionar e justificar o nível elevado do seu índice de sinistralidade. O índice ou taxa de sinistralidade é um indicador muito adotado no mercado de seguros e planos

de saúde e relaciona os montantes de custo e receita gerados em um determinado período. A seguradora em questão atribui a elevação do referido índice às novas coberturas e exigências feitas pela ANS, bem como ao constante crescimento dos custos médicos e hospitalares acima da inflação.

Em abril de 2009 a ANS, por intermédio da Resolução Normativa nº 211, atualizou o rol de procedimentos de cobertura obrigatória por parte das operadoras de plano de saúde. Foram incluídos novos procedimentos e excluídos outros. Entre os procedimentos incluídos estão o *Pet Scan* e a Oxigeno terapia que possuem custo bastante elevado.

Bradesco Saúde S.A: Os índices de sinistralidade mantiveram-se elevados durante o exercício de 2009. O desempenho do mercado segurador permanece afetado pelas modificações introduzidas pela legislação, que ampliou coberturas e outras garantias, bem como pelo crescimento dos custos médicos e hospitalares em níveis superiores aos da inflação medida pelos índices gerais de preços. (Demonstrações Financeiras Bradesco Saúde S.A – Dezembro 2009).

No que se refere à constituição de outras provisões técnicas é importante destacar que as seguradoras especializadas em saúde possuem obrigações diferentes em relação às demais operadoras de plano de saúde. Tal diferença ocorre porque as seguradoras especializadas em saúde também constituem reservas regulamentadas pela SUSEP. No Quadro 2 apresenta-se um resumo das provisões constituídas pelas seguradoras em relação as demais operadoras de plano de saúde.

QUADRO 2 – Comparativo entre as provisões técnicas constituídas pelas seguradoras especializadas em saúde e pelas demais operadoras plano de saúde.

Seguradora especializada em saúde – SES	Demais operadoras de plano de saúde – OPS	Exigências para SES/Demais OPS
Provisão de Prêmios Não Ganhos (PPNG)	Provisão de Risco*	Obrigatória/Obrigatória com Nota Técnica Atuarial de Provisão facultativa
Provisão de Insuficiência de Prêmios (PIP)	-	Obrigatória (fórmula)/Não Obrigatória
Provisão para Remissão	Provisão para Remissão	Obrigatória com Nota Técnica Atuarial de Provisão
Provisão de Sinistros a Liquidar (PSL)	Eventos a Liquidar **	Obrigatória
Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR)	Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA)	Obrigatória/Obrigatória com Nota Técnica Atuarial de Provisão *** (em 6 anos, desde 2008)
Outras Provisões Técnicas	Outras Provisões Técnicas	Facultativa com Nota Técnica Atuarial de Provisão
Capital Mínimo	Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA)	Obrigatória
Margem de Solvência	Margem de Solvência	Obrigatória/Obrigatória

* A Provisão de Risco deixou de ser obrigatória a partir de janeiro de 2010, com a Resolução Normativa nº 209 da ANS.

** Em 2009 não era caracterizado como provisão técnica, passando a ser a partir de janeiro de 2010, com a Resolução Normativa nº 209 da ANS.

***Caso OPS não possua NTAP aprovada deverá calcular a provisão com base em fórmula definida em Resolução Normativa da ANS.

A Bradesco Saúde S.A também é a única operadora que constitui outras provisões técnicas além das exigidas pela ANS.

Bradesco Saúde S.A: A provisão de prêmios não ganhos (PPNG) é constituída pela parcela dos prêmios comerciais retidos de seguros correspondentes aos períodos de riscos não decorridos dos contratos de seguros, de acordo com os critérios determinados pela Resolução CNSP nº36/2000. O valor apresentado na rubrica “Outras provisões técnicas” refere-se à provisão para fazer frente às diferenças dos reajustes futuros de prêmios e aqueles necessários ao equilíbrio técnico da carteira de planos de saúde individuais, adotando-se formulação constante em Nota Técnica Atuarial aprovada pela ANS. Essa provisão não deriva de norma obrigatória da ANS e seus montantes não serão considerados quando da avaliação técnica para pedidos de reajustes futuros (Demonstrações Financeiras Bradesco Saúde S.A – Dezembro 2009).

A Amil Participações S.A e a Unimed Rio realizam constituição parcial das provisões técnicas.

A Amil Participações S.A: As controladas registram as provisões de acordo com os critérios de escalonamento permitidos pela RN ANS nº 160, sendo complementadas com base em laudos atuariais para atender às práticas contábeis, quando necessário (Demonstrações Financeiras Amil Participações S.A – Dezembro 2009).

Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico: A constituição da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados foi iniciada em 2008, conforme Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar, nº. 160, que dispõe, entre outros, sobre a constituição de provisões técnicas, atingindo 24/72 do total a ser constituído, tendo como base, a aplicação de percentual específico determinado pela ANS, sobre as contraprestações

*emitidas líquidas (Demonstrações Financeiras Unimed Rio
Cooperativa de Trabalho Médico – Dezembro 2009).*

Nenhuma das operadoras analisadas possuía nota explicativa sobre os montantes referentes ao ressarcimento ao SUS.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este trabalho teve como objetivo verificar se as operadoras de plano de saúde evidenciam seus riscos atuariais em suas demonstrações financeiras. Foram analisadas as demonstrações financeiras das duas maiores seguradoras especializadas em saúde, da maior operadora classificada como medicina de grupo e da terceira e quarta maiores cooperativas médicas em termos de número de beneficiários.

Para avaliar a existência de evidenciação de riscos atuariais nas demonstrações financeiras das operadoras de saúde, adotou-se como critério a observação dos itens a seguir: Presença de parecer atuarial; Presença de Nota Explicativa sobre riscos atuariais; Constituição parcial das provisões técnicas; Existência de outras provisões técnicas além das obrigatórias e Presença de Nota Explicativa sobre os montantes referentes ao ressarcimento ao SUS.

A Bradesco Saúde S.A entre todas as operadoras analisadas é a que apresenta maior evidenciação de riscos. Apesar de não apresentar parecer atuarial e não mencionar em suas notas explicativas informações referentes aos montantes de ressarcimento ao SUS, evidência seus riscos atuariais ao mencionar sua elevada sinistralidade, constitui integralmente suas provisões técnicas e ainda constitui outras provisões técnicas não exigidas pela ANS.

A Amil Participações S.A , a Sul America Seguro Saúde S.A, a Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico e a Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico não apresentam parecer atuarial, não apresentam nota explicativa sobre seus riscos atuariais, não constituem outras provisões técnicas além das exigidas pela ANS e não fazem referencia aos montantes de ressarcimento ao SUS, mas informam a constituição integral ou parcial de suas provisões técnicas.

Os resultados obtidos a partir da análise das demonstrações financeiras das operadoras responsáveis por 20% do total de beneficiários em setembro de 2009, permite inferir que as operadoras de plano de saúde apresentam baixo nível de evidenciação dos riscos atuariais nas suas demonstrações financeiras.

Este foi um estudo inicial que avalia o mínimo de evidenciação de risco atuarial nas demonstrações financeiras das maiores operadoras de plano de saúde do mercado brasileiro, sendo necessária a realização de análises mais aprofundadas por tipo de operadora de plano de saúde, afim de concluir se assim como observado para a Bradesco Saúde S.A as demais seguradoras especializadas em saúde também evidenciam mais os seus riscos atuariais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2002.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e saúde coletiva*, 2001, vol. 6, nº 2, p. 329-339.

Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 [Regulação & Saúde]. Vol. 3, Tomo I. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. p.65-91.

MACERA, Andrea Pereira, SAINTIVE, Marcelo Barbosa. O Mercado de saúde suplementar no Brasil. Documento de Trabalho nº 31. Brasília: Ministério da Fazenda SEAE; 2004.

MESQUITA, Maria Angélica Fonseca, A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. IN: *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*, Rio de Janeiro:ANS, 2002

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2010.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Manual para elaboração de monografias e dissertações. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2000.

LUSTOSA, E., SILVA, A. Gerenciamento de riscos em fundos de pensão no Brasil. In DUARTE JR, A., VARGA, G. Gestão de Riscos no Brasil. Rio de Janeiro: Financial Consultoria, 2003.