Projeto de P&D "Índice de Sustentabilidade Econômico-Financeira das Distribuidoras de Energia Elétrica"

Regulação Financeira nos Mercados de Seguros e Saúde Suplementar

Adriano Rodrigues

Marcelo Álvaro da Silva Macedo

NOVEMBRO/2017

GESEL Grupo de Estudos do Setor Elétrico UFRJ 20 anos

CPFL ENERGIA

P&D ANEEL

Sumário

1 Objetivo do Texto 4

1.1 Regulação no Mercado de Seguros 4

1.2 Marco Regulatório do Mercado Brasileiro de Seguros 4

1.3 Controle da Solidez Econômico-Financeira de Seguradoras 9

1.4 Diretrizes da International Association of Insurance Supervisors 12

1.5 Algumas Pesquisas no Setor de Seguros 15

2 Regulação no Mercado de Saúde Suplementar 17

2.1 O Setor de Saúde Suplementar no Brasil 17

2.2 Acompanhamento Financeiro e Não Financeiro das OPS 20

2.3 Algumas Pesquisas no Setor de Saúde Suplementar 24

3 Considerações Finais 26

4 Bibliografia 27

Regulação Financeira nos Mercados de Seguros e Saúde Suplementar

Adriano Rodrigues
Marcelo Álvaro da Silva Macedo

1 Objetivo do Texto

O objetivo deste trabalho é apresentar as principais características do processo de regulação nos mercados de seguros e saúde suplementar, abordando, especialmente, os mecanismos de controle e acompanhamento da situação econômico-financeira das seguradoras, reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), e das operadoras de planos de assistência à saúde (OPS), reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Sobre a regulação no mercado de seguros, serão apresentados alguns pontos relevantes do marco regulatório deste setor no Brasil, bem como os procedimentos para o controle da solidez econômico-financeira de seguradoras, que atualmente têm sofrido influência das diretrizes estabelecidas pela *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS). No que diz respeito à saúde suplementar, o foco será, exclusivamente, a regulação no mercado brasileiro. Também serão apresentados os resultados de algumas pesquisas realizadas nestes dois setores, seguros e saúde.

1.1 Regulação no Mercado de Seguros

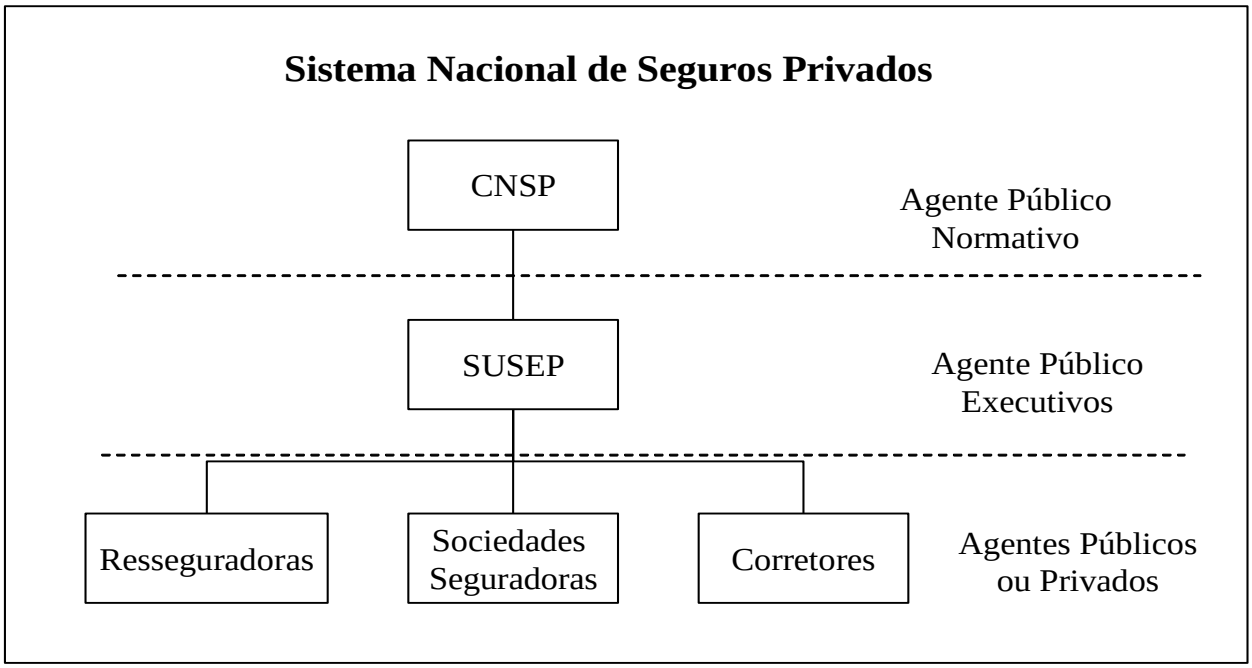
1.2 Marco Regulatório do Mercado Brasileiro de Seguros

O Decreto-Lei nº 73/1966 dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP), regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Considerando todas as alterações já realizadas em sua versão original, pode-se dizer que o mercado brasileiro de seguros ainda se rege por esse Decreto-Lei. Para

complementar essa legislação básica, são editados instrumentos normativos operacionais[1].

O SNSP é constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), pela Superintendência de Seguros Privados, por resseguradoras, por sociedades seguradoras e por corretores, conforme demonstrado na Figura 1, a seguir:

Figura 1 - Sistema Nacional de Seguros Privados



FONTE: Machado (2007, p.29).

Conforme observado por Ribeiro (2006, p. 139), "*o traço marcante do CNSP é sua ampla função normativa*". Nesse sentido, fica a cargo do CNSP a regulação dos elementos centrais da atividade seguradora, tais como:

i. A constituição e o modo de funcionamento das sociedades seguradoras;
ii. As provisões técnicas, a contabilidade, a estatística e os demais aspectos técnicos da atividade das sociedades seguradoras;
iii. As características dos contratos de seguro;
iv. Os limites técnicos das operações de seguro; e
v. As diretrizes sobre as operações de resseguro e cosseguro.

A Superintendência de Seguros Privados é uma entidade autárquica, dotada de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e

1 Resoluções do CNSP e Circulares da SUSEP.

financeira. A SUSEP executa a política traçada pelo CNSP e fiscaliza a constituição, a organização, o funcionamento e as operações das sociedades seguradoras.

Considerando suas competências, pode-se dizer que a SUSEP possui três diferentes funções. A primeira função é executiva, pois deve executar as tarefas que lhe são atribuídas pelo CNSP. A segunda função é reguladora, uma vez que as diretrizes fixadas pelo CNSP quase sempre dependem de complementação e especificação do seu conteúdo. Já a terceira função é fiscalizadora, pois é seu dever fiscalizar o cumprimento das leis e dos regulamentos pertinentes à atividade seguradora.

Para que a ação fiscalizadora da SUSEP tenha eficácia, a autarquia foi dotada de amplos poderes de sanção contra as sociedades seguradoras, os quais vão da simples advertência à cassação da autorização para operar, passando pela imposição de multas pecuniárias e pela suspensão da autorização para atuar em ramo específico (RIBEIRO, 2006, p. 143).

Quanto às atividades de resseguros, somente com o advento da Lei Complementar nº 126/2007 é que o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) perdeu o monopólio do resseguro no país. O IRB é uma sociedade de economia mista, dotada de personalidade jurídica própria de direito privado e possui autonomia administrativa e financeira. É importante esclarecer que o IRB é uma espécie de câmara de compensação do setor de seguros. Quando uma seguradora ultrapassa suas capacidades de garantia, o IRB absorve o excesso via resseguro. Caso as quantias envolvidas ultrapassem a capacidade do próprio IRB, ele repassa a diferença a maior para as diversas empresas do mercado, pulverizando o risco, a partir da operação que se chama de retrocessão. Se mesmo assim não for possível obter todo o montante necessário para a garantia, procuram-se outras seguradoras no exterior.

Já as sociedades seguradoras dizem respeito ao grupo de empresas reguladas que atuam no Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP). O Decreto-Lei nº 73/1966 estabelece aspectos fundamentais que devem ser observados pelas sociedades seguradoras, tais como a autorização para funcionamento (artigos 74 a 77), as operações das sociedades seguradoras (Artigos 78-88), o regime especial de fiscalização (artigos 89 a 93) e a liquidação das sociedades seguradoras (artigos 94 a 107).

Dada à relevância desses aspectos no marco regulatório do mercado brasileiro de seguros, o Quadro 1 apresenta um sumário dos artigos do Decreto-Lei nº 73/1966 mencionados no parágrafo anterior.

Quadro nº 1 – Sociedades Seguradoras e o Decreto-Lei nº 73/1966

Pontos Principais	Aspectos Fundamentais
Autorização para Funcionamento (artigos 74 a 77)	A autorização para funcionamento será concedida através de Portaria do Ministro responsável, mediante requerimento firmado pelos incorporadores, dirigido ao CNSP e apresentado por intermédio da SUSEP. Concedida a autorização para funcionamento, a sociedade terá o prazo de noventa dias, para comprovar à SUSEP, o cumprimento de todas as formalidades legais ou exigências feitas no ato da autorização. Feita a comprovação referida no item anterior, será expedida a carta-patente pelo Ministro responsável. Alterações dos Estatutos das Sociedades Seguradoras dependerão da autorização do Ministro responsável, ouvidos a SUSEP e o CNSP.
Operações das Sociedades Seguradoras (artigos 78 a 88)	As sociedades seguradoras só poderão operar em seguros para os quais tenham autorização, segundo os planos, tarifas e normas aprovadas pelo CNSP. É vedado às sociedades seguradoras reter responsabilidades cujo valor ultrapasse os limites técnicos, fixados pela SUSEP de acordo com as normas aprovadas pelo CNSP, considerando a situação econômico-financeira das sociedades seguradoras e as condições técnicas das respectivas carteiras. Para garantia de todas as suas obrigações, as sociedades seguradoras constituirão reservas técnicas, fundos especiais e provisões, de conformidade com os critérios fixados pelo CNSP. Os bens garantidores das reservas técnicas, fundos e provisões serão registrados na SUSEP e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou de qualquer forma negociados sem sua prévia e expressa autorização. As sociedades seguradoras obedecerão às normas e instruções do órgão regulador e fiscalizador de seguros, bem como lhes fornecerão dados e informações atinentes a quaisquer aspectos de suas atividades. Os inspetores e funcionários credenciados do órgão fiscalizador de seguros terão livre acesso às sociedades seguradoras, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas e documentos.

Regime Especial de Fiscalização (artigos 89 a 93)	Em caso de insuficiência de cobertura das reservas técnicas ou de má situação econômico-financeira da sociedade seguradora, a critério da SUSEP, poderá esta, além de outras providências cabíveis, inclusive fiscalização especial, nomear, por tempo indeterminado, às expensas da sociedade seguradora, um diretor-fiscal com as atribuições que lhe forem indicadas pelo CNSP. Não surtindo efeito as medidas especiais ou a intervenção, a SUSEP encaminhará ao CNSP proposta de cassação da autorização para funcionamento da sociedade seguradora. Cassada a autorização de uma sociedade seguradora para funcionar, a alienação ou gravame de qualquer de seus bens dependerá de autorização da SUSEP, a qual, para salvaguarda dessa inalienabilidade, terá poderes para controlar o movimento de contas bancárias e promover o levantamento do respectivo ônus junto às autoridades ou registros públicos.
Liquidação das Sociedades Seguradoras (artigos 94 a 107)	A cessação das operações das sociedades seguradoras poderá ser voluntária (por deliberação dos sócios em Assembleia Geral) ou compulsória (por ato do Ministro responsável). Ocorrerá a cessação compulsória das operações da sociedade seguradora que: a) praticar atos nocivos à política de seguros determinada pelo CNSP; b) não formar as reservas, fundos e provisões a que esteja obrigada ou deixar de aplicá-las; c) acumular obrigações vultosas devidas aos resseguradores; ou d) configurar insolvência econômico-financeira. A liquidação voluntária ou compulsória das sociedades seguradoras será processada pela SUSEP. Além dos poderes gerais de administração, a SUSEP ficará investida de poderes especiais para representar a sociedade seguradora liquidada ativa ou passivamente, em juízo ou fora dele.

FONTE: Decreto-Lei nº 73/1966.

É importante observar que, nesses trechos do Decreto-Lei nº 73/1966 citados no Quadro 1, tornam evidentes os amplos poderes de coerção da SUSEP no caso de uma sociedade seguradora não apresentar solidez econômico-financeira suficiente para garantir a integridade patrimonial dos seus segurados.

Os corretores de seguros constituem o último grupo a integrar o Sistema Nacional de Seguros Privados. O Decreto-Lei nº 73/1966, em seu artigo 122, estabelece que o corretor de seguros, pessoa física ou jurídica, é o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as sociedades seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. É importante

destacar que o corretor de seguros responderá civilmente perante os segurados e as sociedades seguradoras pelos prejuízos que causar, por omissão, imperícia ou negligência.

1.3 Controle da Solidez Econômico-Financeira de Seguradoras

Para ingressar e permanecer autorizada a atuar no mercado brasileiro de seguros, qualquer sociedade seguradora deve se submeter às regras de controle da solidez econômico-financeira estabelecidas na regulação do setor de seguros, tais como:

i. A adequação das provisões técnicas constituídas;
ii. A suficiência dos ativos que garantam essas provisões técnicas;
iii. Os níveis de indicadores econômico-financeiros; e
iv. A suficiência do patrimônio líquido em relação ao capital mínimo requerido pela legislação (BRASIL, 2015d, p. 9).

Segundo Rodrigues (2008, p. 87-88), as provisões técnicas são montantes registrados no passivo das seguradoras com vistas a garantir o cumprimento das obrigações futuras das companhias. Para viabilizar essa garantia, boa parte dos montantes constituídos deve estar lastreada em ativos garantidores, em regra, de razoável liquidez. A constituição desses montantes deve seguir as normas específicas emanadas pelo CNSP, além de circulares e orientações da SUSEP, sofrendo monitoramento contínuo da área técnica da SUSEP a fim de manter os passivos em nível adequado.

No que tange aos ativos garantidores das provisões técnicas, em obediência ao Decreto-Lei nº 73/1966, estes devem ser aplicados conforme diretrizes estabelecidas pelo Conselho Monetário Nacional (CMN), obedecendo a critérios que garantam uma adequada remuneração, segurança e liquidez (BRASIL, 1966).

Nesse sentido, a Resolução CMN nº 3.308/2005 especifica quais os ativos podem ser utilizados para cobertura das provisões técnicas e os respectivos limites máximos em relação ao total da necessidade de cobertura, conforme o Quadro 2 apresentado a seguir:

Quadro nº 2 – Ativos garantidores para a cobertura das provisões técnicas

Ativos	Exemplos	Máximo
Títulos Públicos de Renda Fixa	Letras Financeiras do Tesouro (LFT), Notas do Tesouro Nacional (NTN) e Letras do Tesouro Nacional (LTN)	100%
Títulos Privados de Renda Fixa	Certificado de Depósito Bancário (CDB), Letras Hipotecárias (LH), Debêntures, Caderneta de Poupança	80%
Títulos de Renda Variável (por níveis de Governança da BM&FBovespa)	Ações de Companhias do Segmento Novo Mercado	49%
	Ações de Companhias do Segmento Nível II	40%
	Ações de Companhias do Segmento Nível I e Bovespa Mais	35%
	Ações de Companhias sem Segmento – Tradicionais	30%
Imóveis Urbanos	Terrenos e Edificações	8%

Fonte: Costa (2015, p. 80).

Como se verifica no Quadro 2, existe uma gradativa redução do limite permitido conforme os ativos garantidores fiquem mais arriscados ou menos líquidos. Devido a essa exigência de lastro, uma consequência acaba por ser percebida nas demonstrações contábeis das seguradoras, qual seja, a conta de ativo de maior representatividade nos balanços patrimoniais dessas companhias é a conta de aplicações financeiras (COSTA, 2015, p. 80).

Acerca dos indicadores econômicos financeiros, a SUSEP utiliza os seguintes tipos de índices para análise econômico-financeira das empresas de seguros, previdência complementar e capitalização:

i. Índice de Retenção;
ii. Índices de Custos;
iii. Índices de Liquidez;
iv. Índices de Imobilização;
v. Índice de Participações Societárias; e
vi. Índices de Rentabilidade.

A seguir, os tipos de índices para análise econômico-financeira apresentados acima serão examinados.

O Índice de Retenção de Seguros (IRETS**)** afere, em termos percentuais, a representatividade dos prêmios retidos[2] em relação ao total dos prêmios de seguros[3] da sociedade seguradora.

---

2 Prêmio retido é o valor proporcional ao prêmio pago que fica em poder das seguradoras em uma operação de resseguro. As seguradoras retém parte desse valor e um ressegurado recebe a outra parte para garantir o

O tipo índices de custos é composto pelo Índice de Sinistralidade (ISR), Índice de Despesas de Comercialização (IDC), Índice de Despesas Administrativas (IDA), Índice de Resultado de Resseguro (IRRES), Índice Combinado (IC) e Índice Combinado Ampliado (ICA).

O ISR afere a representatividade, em termos percentuais, dos sinistros ocorridos e despesas com benefícios da seguradora em relação aos prêmios ganhos[4] e receitas com produtos em regime de capitalização.

O IDC, por sua vez, avalia a representatividade, em termos percentuais, dos custos de aquisição em relação aos prêmios ganhos e receitas com produtos em regime de capitalização.

Já o IDA mede a representatividade, em termos percentuais, das despesas administrativas e despesas com tributos em relação aos prêmios ganhos e receitas com produtos em regime de capitalização.

O IRRES verifica a representatividade, em termos percentuais, do resultado com resseguro em relação aos prêmios ganhos e receitas com produtos em regime de capitalização.

O IC avalia a representatividade dos custos operacionais totais em relação aos prêmios ganhos e receitas com produtos em regime de capitalização.

E, por fim, o IAC afere a representatividade dos custos operacionais totais em relação aos prêmios ganhos, receitas com produtos em regime de capitalização e resultado financeiro.

Com relação aos Índices de Liquidez, destaca-se que o Índice de Liquidez Corrente (ILC) verifica, em termos percentuais, a liquidez corrente da empresa, ou seja, se seus bens e direitos realizáveis no curto prazo são suficientes para honrar seus compromissos de curto prazo, e o Índice de Liquidez Total (ILT) afere, em termos percentuais, a liquidez total da empresa, ou seja, se seus bens e direitos realizáveis no curto e no longo prazo são suficientes para honrar seus compromissos de curto e longo prazo.

---

risco assumido pelas seguradoras. Deste modo, tem-se que prêmio retido igual a prêmio de seguros menos resseguro cedido mais retrocessão mais consórcios e fundos.

3 Prêmio de seguros igual a prêmio direto menos cosseguro cedido mais cosseguro aceito, sendo que p prêmio direto igual a prêmio emitido menos cancelamento menos restituição menos desconto.

4 Prêmio ganho igual a parcela de prêmios auferidos referente à apólice cujo período de risco ainda não decorreu. Logo, prêmio ganho igual a prêmio retido menos variação da Provisão de Prêmios Não Ganhos (PPNG).

Já no que diz respeito aos Índices de Imobilização, o Índice de Imobilização do Ativo (IATIM) avalia, em termos percentuais, a representatividade das imobilizações da empresa com relação ao seu ativo total, e o Índice de Imobilização de Capitais Próprios (IIMOB) mede, em termos percentuais, a representatividade das imobilizações da empresa com relação ao seu capital próprio.

O Índice de Participações Societárias (IPAS), único para esta área, afere o percentual do patrimônio Líquido da companhia que está aplicado em participações societárias.

Por fim, no que diz respeito aos Índices de Rentabilidade, têm-se o Índice de Lucratividade do Patrimônio Líquido (ILPL), o Índice de Resultado de Equivalência Patrimonial sobre o Lucro Líquido (IREPLL) e o Índice de Grau de Dependência Financeira (IGDF).

O ILPL avalia, em termos percentuais, a lucratividade da empresa sobre a média do patrimônio líquido no período considerado. O IREPLL afere, em termos percentuais, a representatividade do resultado de equivalência patrimonial sobre o lucro líquido do período. E o IGDF verifica, em termos percentuais, a representatividade do Resultado Financeiro sobre o Lucro Líquido do período.

Dentre os indicadores apresentados, podem ser destacados o Índice de Sinistralidade, o Índice Combinado e o Índice Combinado Ampliado, pois são medidas de desempenho específicas do mercado segurador, conhecidas e obtidas a partir de saldos das contas apresentadas na Demonstração do Resultado do Exercício (DRE).

Sobre a análise da suficiência do patrimônio líquido em relação ao capital mínimo requerido (ou controle de solvência), cabe ressaltar que o modelo brasileiro para avaliação das sociedades seguradoras vem sofrendo influências da International Association of Insurance Supervisors (IAIS). Em função da relevância desse tema, a próxima Seção irá tratar exclusivamente deste assunto.

1.4 Diretrizes da International Association of Insurance Supervisors

No que se refere ao monitoramento do nível de capital mínimo a ser mantido, o modelo brasileiro baseia-se nas diretrizes da International Association of Insurance Supervisors[5], organização criada em 2004, da qual o Brasil é signatário e que,

5 A missão da IAIS é promover a supervisão efetiva e consistente, a nível mundial, da indústria de seguros, com a finalidade de desenvolver e manter os mercados seguradores justos, seguros e estáveis para benefício e proteção dos segurados e para contribuir para a estabilidade do sistema financeiro. Tradução livre de: "The mission of the IAIS is to promote effective and globally consistent supervision of the insurance industry in

atualmente, reúne mais de 200 jurisdições em cerca de 140 países, as quais são igualmente adotadas por diversos países, inclusive os europeus.

O histórico de supervisão do mercado segurador nos países membros da União Europeia passa pela adoção de dois projetos, Solvência I e Solvência II, racionalizados de forma similar à regulação bancária oriunda dos Acordos de Basileia I e II.

O projeto Solvência I foi aplicado nos países da União Europeia nos anos iniciais da década de 1970 e exigia a observância de um montante mínimo de capital calculado por modelo simples, a fim de possibilitar às seguradoras a absorção de futuras perdas, de modo similar ao Acordo de Basileia I do segmento bancário (CHAN, 2010, p. 9). A simplicidade desse modelo tornava-o insensível às especificidades de cada companhia, fazendo com que uma empresa bem gerenciada tivesse a mesma exigência de capital do que uma empresa mal gerida.

No Brasil, esse montante mínimo de capital recebeu o nome de Margem de Solvência (MS), que, segundo a Resolução CNSP nº 8/1989, com redação dada pela Resolução nº 55/2001, correspondia ao montante igual ou maior entre:

i. 0,20 vezes o total da receita líquida de prêmios emitidos[6] dos últimos 12 meses, e
ii. 0,33 vezes a média anual do total dos sinistros retidos[7] dos últimos 36 meses.

Nas décadas de 1990 e de 2000, alguns colapsos financeiros e escândalos foram percebidos envolvendo bancos e grandes corporações, como Daiwa Bank, Barings Bank e Sumitomo Corporation, Enron e Worldcom, e isso enfraqueceu a confiança dos investidores nas empresas. A maior complexidade das operações, somada a estes casos problemáticos, passou a exigir mais efetividade do processo de supervisão e fiscalização do mercado financeiro como um todo, culminando com a assinatura do Novo Acordo de Basileia (Basileia II). Com Basileia II, o nível de capital mínimo das instituições bancárias passou a ser calculado por metodologia mais sensível aos riscos (*risk-based capital*).

---

order to develop and maintain fair, safe and stable insurance markets for the benefit and protection of policyholders and to contribute to global financial stability". Maiores informações em: <http://iaisweb.org/index.cfm?event=getPage&nodeId=25181>.

6 Prêmio emitido é o prêmio ainda não cobrado pela seguradora.

7 O sinistro retido (SR) representa o volume de sinistros ocorridos de responsabilidade da seguradora, em um certo período de análise. Logo, sinistro retido igual a sinistro de seguros menos sinistro de cosseguro cedido mais sinistro de cosseguro aceito mais consórcios e fundos menos sinistro de resseguro cedido mais sinistro de retrocessão menos salvados e ressarcidos mais variação da provisão de IBNR.

Paralelamente, e pelos mesmos motivos do setor bancário, tornou-se necessário aprimorar os mecanismos de supervisão do mercado segurador mundial, o que gerou o projeto de Solvência II no âmbito da União Europeia[8]. Segundo a European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA, 2013), "*o projeto Solvência II tem como objetivo rever o regime prudencial para empresas seguradoras e resseguradoras na União Europeia*"[9]. A Diretiva 2009/138/CE do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, aprovada em novembro de 2009, estabelece as diretrizes do projeto e possuía como data prevista para aplicação completa, o dia 1º de janeiro de 2016.

De forma geral, o projeto é sustentado por três pilares, que incluem o requerimento de capital baseado nos riscos de subscrição, crédito, operacional e de mercado (Pilar 1), a atividades de supervisão e de controles baseados nesses riscos (Pilar 2) e a divulgação de informações, inclusive por reportes financeiros (Pilar 3).

O Brasil, signatário da IAIS, gradativamente iniciou a adoção dos conceitos do Solvência II, seguindo a tendência mundial. Assim, ao longo dos anos, a margem de solvência passou a ser comparada com outros montantes para fins de verificação de adequação de capital, até ser definitivamente revogada em 2013 pela Resolução CNSP nº 302/2013.

Inicialmente, entre 2002 e 2007, a Resolução CNSP nº 73/2002 requereu a comparação da margem de solvência com um capital mínimo composto apenas por valor definido conforme as regiões do país em que a companhia seguradora operava, o que hoje se chama de capital base (CB).

Em janeiro de 2008, iniciou-se a adoção dos capitais baseados em risco para fins de monitoramento regulatório. Nesse sentido, entraram em vigor a Resolução CNSP nº 178/2007 e a Resolução CNSP nº 158/2006, com anexos alterados pela Circular Susep nº 355/2007 A primeira norma estabeleceu que o capital mínimo requerido (CMR) seria a soma do capital base, conforme as regiões de operação da seguradora, com um capital adicional (CA), modelado pelo risco suportado pelas seguradoras[10]. Já a segunda regulamentou o capital de risco de subscrição (CR_{subs}) das operações de danos, sendo aprimorado ao longo dos anos com outras instruções do supervisor do mercado.

---

8 O conceito de risk-based capital foi adotado no mercado norte-americano em 1994 (GAVER; PATERSON, 1999, p. 207).

9 Tradução livre de: "The Solvency II project aims to review the prudential regime for insurance and reinsurance undertakings in the European Union".

10 Para as EAPC's e sociedades de capitalização, não houve alteração, permanecendo o requerimento de capital destas definido pela Resolução CNSP nº 73/2002.

Regras semelhantes foram implementadas para as resseguradoras locais, em dezembro de 2007, pelas Resoluções CSNP nº 169/2007 e nº 170/2007, esta alterada posteriormente pela Resolução CNSP nº 188/2008.

Por fim, o capital de risco de crédito (CR_{cred}) passou a ser exigido apenas em 2011, pela Resolução CNSP nº 228/2010, o capital de risco operacional (CR_{oper}), em 2013, com a Resolução CNSP nº 283/2013, e o capital de risco de mercado (CR_{merc}), a partir de 31 de dezembro de 2016, condicionado a alterações no cálculo do patrimônio líquido ajustado (PLA)[11].

Desde 2008, conforme Resolução CNSP nº 178/2007, o CMR é comparado com o PLA e, se o saldo for positivo, verifica-se a suficiência no parâmetro de solvência, caso contrário, insuficiência. A depender da quantidade de meses de insuficiência no parâmetro, o regulador poderá iniciar ações com o fim de o capital da companhia retornar ao grau desejado, a começar pela requisição do plano de regularização de solvência (BRASIL, 2015a).

1.5 Algumas Pesquisas no Setor de Seguros

Nesta Seção, serão apresentados alguns estudos relevantes realizados com empresas que atuam no setor de seguros, com foco na discricionariedade dos gestores sobre os números contábeis registrados nas provisões técnicas de sinistros das seguradoras.

Um dos primeiros estudos foi realizado por Anderson (1971), cujo objetivo era avaliar os efeitos da subavaliação da provisão de sinistros, ou seja, as consequências dos erros cometidos nas estimativas dessa provisão. Quando as provisões de sinistros para um determinado ano são subestimadas, nominalmente os sinistros ocorridos daquele ano foram reduzidos, mas os efeitos dessa prática serão percebidos quando as obrigações associadas a estas provisões forem liquidadas, nos períodos futuros, em montante mais elevado do que o previsto, provocando um aumento nos sinistros ocorridos.

Para Anderson (1971), é necessário certo período de tempo para que as obrigações relacionadas com a provisão para sinistros sejam liquidadas. Apenas após a liquidação destas obrigações, se torna possível verificar se o valor inicialmente previsto para a obrigação foi suficiente. Assim, a *loss reserve difference* do ano de 1960 é dada pela constituição inicial menos o valor desta constituição revisada

11 Exigência de 50% do montante calculado em 31 de dezembro de 2016 e de 100% em 31 de dezembro de 2017.

quatro anos depois. Desse modo, diferenças negativas revelam que o valor estimado inicialmente foi insuficiente ou inadequado (*underevaluation*). Portanto, a *loss reserve difference* representa uma métrica de inadequação ou redundância de provisões de sinistro de um determinado ano. Posteriormente, essa fórmula de cálculo passou a ser chamada de *loss reserve error* (erro da provisão de sinistro) pela literatura internacional.

Weiss (1985), utilizando uma amostra com as 16 maiores seguradoras de automóveis entre 1955-1975, testou e confirmou as hipóteses (relação negativa significativa) do alisamento de resultados e da influência de fatores econômicos externos (juros e inflação não antecipada) com os erros das provisões de sinistros (*loss reserve error)* das linhas de seguro de automóveis, calculada de forma similar a *loss reserve difference,* citada por Anderson (1971).

Grace, E. V. (1990) investigou, analisando 61 seguradoras, nos anos de 1966 a 1979, se o erro da provisão de sinistro era motivado pela redução nos pagamentos de impostos federais ou pelo alisamento do resultado divulgado. Até 1972, a prática de provisionamento auxiliou apenas na redução das contas de impostos (relação positiva e significativa), mas de 1972 a 1979, a causa dos erros de estimação passou a contemplar o alisamento de resultado (relação negativa e significativa) e as mudanças nos índices de inflação.

Petroni (1992) partiu do estudo de Grace, E. V. (1990) para investigar uma amostra de 324 seguradoras (1.322 observações), para o período de 1979 a 1983, e confirmou a hipótese de que os gestores de seguradoras financeiramente fracas enviesavam para baixo as provisões de sinistros comparados com as fortes (coeficiente positivo e significante), mesmo após controlar outros fatores, como a taxa de impostos e fatores econômicos externos, coeficientes crescentes ao longo do tempo, tornando-se significativo em 1983. Esses resultados ampliaram os resultados de Grace, E. V. (1990) e são consistentes com a perspectiva de que os gestores buscam reduzir os custos associados com a fraqueza financeira por meio da aplicação de discricionariedade nas estimativas contábeis, mesmo quando isso implica em sacrificar políticas de minimização de impostos.

Gaver e Paterson (1999) verificaram que as seguradoras, no período de 1990 a 1995 (4.173 observações-ano), gerenciavam os níveis de provisões de sinistros. Os achados confirmaram a redução do incentivo ao gerenciamento para atingir a meta de solvência, devido à adoção dos requerimentos de capital baseados em risco, em 1994. Relataram, ainda, que o incentivo tributário é positivo e significativamente associado aos erros das provisões, em todo o período, e que há uma relação positiva e significativa entre a evolução percentual anual dos prêmios ganhos (componente não discricionário) e os erros de estimação.

Beaver e Mcnichols (1998) revelaram que o desenvolvimento das provisões de sinistros do segmento de *property* e *casualty* norte-americano são consistentes com o gerenciamento de resultados. Além disso, Beaver e Mcnichols (1998, 2001) evidenciaram que os preços das ações das empresas desse segmento pareciam refletir totalmente a previsibilidade na política de desenvolvimento de sinistros.

Em uma amostra de 11.460 observações para o período de 1988 a 1997, Beaver, Mcnichols e Nelson (2003), utilizando a distribuição de frequências e regressões, encontraram evidências de que as seguradoras com pequenos resultados positivos subestimavam as provisões de sinistros em comparação às seguradoras com pequenos resultados negativos. Além disso, as provisões de sinistros eram gerenciadas por toda a distribuição de lucros, com mais *accruals* que melhoram o resultado sendo reportados nos pequenos lucros e mais *accruals* que pioram o resultado, divulgados nos maiores ganhos. Destaca-se que não foram encontradas relações entre a prática de gerenciamento das provisões para evitar reportar perdas contábeis e as formas organizacionais das companhias da amostra.

Gaver e Paterson (2004) ampliaram as evidências de Petroni (1992) e Beaver, Mcnichols e Nelson (2003) ao relatar que as seguradoras (6.233 observações) gerenciaram as provisões de sinistros, no período de 1988 a 1993, para evitar a violação dos indicadores usados pelos reguladores norte-americanos. Os resultados indicaram que as metas de solvência também são uma importante influência na escolha contábil discricionária e sugerem que a manipulação da provisão pode adiar a intervenção regulatória, às vezes por um longo período.

Baseado principalmente em Petroni (1992), Beaver, Mcnichols e Nelson (2003), Gaver e Paterson (2004) e nas normas brasileiras, Rodrigues (2008) investigou o gerenciamento por meio das provisões técnicas como resposta às regulações econômica e tributária do mercado brasileiro de seguros, nos anos de 2001 a 2006, com 360 observações. As evidências confirmaram a relação positiva e significativa entre as provisões técnicas e os valores dos parâmetros de solvência e dos impostos.

2 Regulação no Mercado de Saúde Suplementar

2.1 O Setor de Saúde Suplementar no Brasil

Considera-se saúde suplementar o espaço ocupado pela iniciativa privada, incluindo as instituições filantrópicas, no sentido de promover a assistência à saúde da população, visando, assim, suplementar as ações de saúde promovidas pelo poder público.

Segundo Mourad, Paraskevopoulos e Michaels (2010), a saúde suplementar teve início por volta de 1920, por meio das denominadas empresas de medicina de grupo, as quais foram as pioneiras no mercado dos Estados Unidos. No Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 1960, com o incentivo das multinacionais de diversos setores que aqui se instalaram e, diante das deficiências da saúde pública, buscaram uma solução para melhorar a qualidade da saúde de seus empregados.

Até a última década do século passado, a única modalidade de operadora que estava subordinada a algum tipo de controle específico pelo Estado Brasileiro era o de seguradoras, regulamentadas desde 1976 pela Resolução nº 11/1976 do Conselho Nacional de Seguros Privados, no âmbito da Superintendência de Seguros Privados.

A Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), também previu, em seu artigo 199, a possibilidade de atuação da iniciativa privada na assistência à saúde enquanto "*forma complementar do Sistema Único de Saúde*". Entretanto, para que essa atuação realmente pudesse ocorrer, ainda era necessária a regulamentação do tema no âmbito do Congresso Nacional.

Segundo Lima (2005, p.49), após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foram necessários 10 anos de discussões e de negociações entre os principais agentes do mercado, para que fosse formalizado o marco regulatório do mercado de saúde suplementar no Brasil, o que ocorreu com a promulgação da Lei nº 9.656/1998, sendo esta modificada quase que imediatamente pela Medida Provisória nº 1.665/1998. Esta medida provisória seria reeditada até agosto de 2001, chegando à sua versão nº 44.

Posteriormente, ainda segundo o referido autor, a Lei nº 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A ANS tem por finalidade institucional 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.

A Lei nº 9.656/1998 definiu as operadoras de saúde como "Operadora de Planos de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato".

Com base na classificação da Resolução de Diretoria nº 37/2000 da ANS, que dispõe sobre a classificação das operadoras de saúde, e utilizando as definições de Mourad, Paraskevopoulos e Michaels (2010, p.10), pode-se dizer que as operadoras se dividem em modalidades de empresas, dentre as quais destacam-se:

i. *Administradoras*: empresas que administram planos de assistência à saúde, financiados por outra operadora ou empresa. Não possuem beneficiários e nem assumem riscos;
ii. *Autogestão*: entidades que oferecem serviços de assistência à saúde, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, e que operam planos privado de assistência a saúde, exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como parte de seus respectivos grupos familiares;
iii. *Cooperativa médica*: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764/1971;
iv. *Cooperativa odontológica*: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764/1971, e que operam exclusivamente planos odontológicos;
v. *Filantropia*: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica;
vi. *Seguradora especializada em saúde*: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas;
vii. *Medicina de grupo*: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, utilizando-se de rede de prestadores à saúde, tanto própria quanto credenciada; e
viii. *Odontologia de grupo*: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

Ainda segundo a Resolução de Diretoria nº 37/2000 da ANS, as operadoras de saúde são classificadas pelo seu porte:

i. Pequeno porte: número de beneficiários inferior a 20 mil;
ii. Médio porte: número de beneficiários entre 20 mil e 100 mil; ou
iii. Grande porte: número de beneficiários superior a 100 mil.

Sendo assim, o setor da saúde suplementar congrega as entidades operadoras de planos de assistência à saúde, os beneficiários, que são pessoas físicas usuárias dos serviços de assistência à saúde, e os prestadores de serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais e afins, que são pessoas físicas ou jurídicas conveniadas às operadoras e através das quais as ações de assistência à saúde são prestadas aos beneficiários.

2.2 Acompanhamento Financeiro e Não Financeiro das OPS

Considerando as atribuições conferidas à ANS pela Lei nº 9.961/2000, a Agência desenvolveu atividades de monitoramento e regulação mediante cálculo de índices e programas específicos, tais como (ANS, 2015):

i. *Acreditação das Operadoras*: o Programa de Acreditação tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela ANS e, a partir de 03 de maior de 2013, obrigatoriamente habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).
ii. *Índice Geral de Reclamações (IGR)*: tem como principal finalidade apresentar um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. Contempla o número médio de reclamações de beneficiários recebidas nos três meses anteriores e classificadas até a data de extração do dado. O índice tem como referência cada 10.000 beneficiários do universo de consumidores analisado.
iii. *Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)*: visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. Assim, o intuito é ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte das operadoras e dos beneficiários de planos de saúde. O QUALISS foi estruturado em dois componentes, a Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços e o Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços.
iv. *Programa de Qualificação das Operadoras*: A avaliação de desempenho das operadoras é realizada através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela própria Agência. Esses indicadores são agregados em quatro dimensões, os quais serão analisados abaixo.

De maneira geral, pode-se dizer que a ANS, na operação do sistema privado de saúde, tem uma grande preocupação com o aspecto de solvência das operadoras. Conforme Almeida e Sant'Anna (2009), "*a solvência de uma OPS pode ser definida como a capacidade de honrar seus compromissos futuros. Pode-se dizer que a relevância da solvência para uma OPS pode ser comparada com a boa saúde para o ser humano*".

Segundo Martins (1994), os três principais elementos relacionados à solvência são a continuidade, a lucratividade e o crescimento. O primeiro está relacionado à empresa saldar suas dívidas e ainda continuar existindo. Os outros dois encontram-

se inter-relacionados, ou seja, as empresas precisam lucrar buscando financiar seu crescimento, sem que seja necessária a intervenção dos acionistas.

A ANS, que tem como objetivo regulamentar e fiscalizar o mercado de saúde suplementar, neste contexto, tem sua atenção centrada nos aspectos de precificação e, principalmente, de solvência. Neste sentido, Mourad, Paraskevopoulos e Michaels (2010) ressaltam que o setor sofreu mudanças radicais com a criação da Agência e a recente convergência às Normas Internacionais de Contabilidade (IFRS), as quais obrigaram as empresas a deixarem o status de "simples prestadoras de serviço" para "verdadeiras seguradoras", sujeitas à constituição de técnicas atuariais para determinação de preço, provisões técnicas e também à constituição de margens de solvência.

Com a publicação da Resolução Normativa nº 139/2006, a ANS instituiu o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar no âmbito do sistema de saúde suplementar, como parte integrante da política de qualificação da saúde suplementar, com o intuito de incentivar as operadoras a atuarem como gestoras de saúde, os prestadores a atuarem como produtores do cuidado de saúde, os beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária e aprimorar sua própria capacidade regulatória.

O principal objetivo da Política de Qualificação da Saúde Suplementar é induzir o setor à produção de saúde, por meio de várias estratégias, das quais se pode destacar a avaliação da qualidade do setor da saúde suplementar, cujos princípios norteadores são:

i. A avaliação da estrutura e do processo de produção das ações de saúde, assim como do impacto dessas ações na população beneficiária de planos privados de saúde;
ii. A perspectiva de sistema; e
iii. A avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores.

A avaliação da qualidade das operadoras é feita por meio de quatro dimensões, definidas na Resolução Normativa nº 139/2006, quais sejam:

i. *Qualidade da Atenção à Saúde*: avalia a qualidade da atenção, buscando avaliar as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde;
ii. *Qualidade Econômico-Financeira*: avalia a situação econômico-financeira das operadoras e sua capacidade de custear o conjunto das ações e serviços de saúde necessários para uma atenção integral e contínua, conforme os contratos assumidos;

iii. *Qualidade de Estrutura e Operação*: avalia a capacidade das operadoras de oferecerem uma rede assistencial suficiente e adequada aos requisitos exigidos e de cumprirem suas obrigações técnicas e cadastrais junto à ANS; e
iv. *Satisfação dos Beneficiários*: avalia se os contratantes de planos privados de saúde têm suas necessidades e expectativas atendidas pelas operadoras, nas ações e serviços de saúde prestados, conforme estabelecido pela legislação e pelas cláusulas contratuais.

A partir destas dimensões, obtém-se o Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar, o qual, segundo a Resolução Normativa nº 282/2011, é constituído considerando os seguintes pesos de suas dimensões:

i. 40 % (quarenta por cento) para a dimensão da atenção à saúde;
ii. 20 % (vinte por cento) para a dimensão econômico-financeira;
iii. 20% (vinte por cento) para a dimensão de estrutura e operação; e
iv. 20% (vinte por cento) para a dimensão da satisfação do beneficiário.

As quatro dimensões são avaliadas por meio de indicadores que devem apresentar características, tais como validade, confiabilidade, viabilidade e relevância. Tais indicadores devem aferir:

i. A qualidade da atenção à saúde oferecida pelas operadoras por meio dos planos privados de saúde;
ii. O desempenho econômico-financeiro dos planos privados de saúde;
iii. A estrutura e a operação dos planos privados de saúde; e
iv. A satisfação dos beneficiários quanto aos serviços contratados e prestados.

O IDSS varia de zero a um, sendo seu resultado enquadrado de forma ordinal em uma das cinco faixas de avaliação, quais sejam, de 0 a 0,19, de 0,2 a 0,39, de 0,4 a 0,59, de 0,6 a 0,79 e de 0,8 a 1, indo da pior avaliação a melhor.

Como dito anteriormente, para compor o IDSS, a ANS se utiliza de quatro dimensões. Na dimensão atenção à saúde, são utilizados indicadores de natureza médica, como taxas, quantidade e proporções de certos procedimentos médicos. Na dimensão de estrutura e operação, são utilizados indicadores que medem a capacidade da OPS em atender seus clientes, tais como dispersão da rede de atendimento hospitalar e odontológica. Já na dimensão satisfação do beneficiário, são utilizados indicadores que mensuram o grau de satisfação com o atendimento prestado, como percentual de desistência no primeiro ano e índice de reclamações no órgão regulador. Por fim, a dimensão econômico-financeira é aquela onde se encontram os indicadores que podem servir de base para o acompanhamento da

situação econômico-financeira de cada OPS, em especial no que se refere à sua solvência.

Na dimensão econômico-financeira são utilizados quatro indicadores, a saber:

i. Patrimônio líquido ajustado dividido por margem de solvência (I_{PL}), o qual corresponde à suficiência de patrimônio líquido ajustado para cobertura de 100% da margem de solvência;
ii. Liquidez corrente (I_{LC}), a qual representa o quanto existe de ativo circulante para cada unidade monetária de passivo circulante, ou seja, representa a capacidade da operadora de pagar suas obrigações de curto prazo;
iii. Provisão de eventos ocorridos e não avisados (I_{PEONA}), relacionada à contabilização adequada da PEONA, a qual representa uma provisão, estimada atuarialmente, para fazer frente ao pagamento dos eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente; e
iv. Suficiência em ativos garantidores vinculados (I_{AG}), a qual avalia a suficiência de ativos garantidores vinculados de cada operadora, tais como bens imóveis, ações, títulos e valores mobiliários que lastreiam as provisões técnicas.

De maneira geral, para cada indicador será atribuída uma nota, a qual é formada em função da relação entre o valor obtido e a meta para o indicador. Assim, o Índice de Desempenho da Dimensão Econômico-Financeira (ID_EF) é calculado por meio de uma média ponderada, onde os indicadores I_{PL} e I_{AG} possuem peso dois e os outros possuem peso um.

A avaliação de desempenho é retroativa, ou seja, após o término do exercício são avaliadas todas as operadoras com registro ativo na ANS que operaram planos privados nos 12 meses do ano anterior.

Para a apuração do IDSS, são consideradas as classificações das operadoras de planos de saúde, quais sejam, a cooperativa médica, a cooperativa odontológica, a autogestão, a medicina de grupo, a odontologia de grupo, a filantropia e as seguradoras.

Com base no acompanhamento financeiro e não financeiros das OPS, a ANS, pelo poder que lhe foi conferido pela Lei nº 9.961/2000, pode, sempre que julgar necessário, "*instituir o regime de direção fiscal ou técnica*" ou "*proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde*", sendo que esses três regimes são considerados, no âmbito da saúde suplementar, como regimes especiais de gestão.

O regime de direção fiscal deverá ser instaurado em uma operadora sempre que a direção da ANS julgar que nela haja anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde (RN nº 316/2012). Já o regime de direção técnica deverá ser instaurado sempre que ocorrerem anormalidades administrativas graves em qualquer operadora, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde (Resolução Normativa nº 256/2011). Esses regimes podem ser instaurados individual ou simultaneamente, em prazos que não excedam 365 dias.

A determinação do regime de liquidação extrajudicial de uma operadora obedece à Resolução Normativa nº 316/2012 e ocorrerá sempre que os administradores da ANS verificarem que haja na operadora, ao menos, uma das seguintes situações: indícios de dissolução irregular, não alcance dos objetivos de saneamento das anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, ausência de substituição de administradores inabilitados ou afastados por determinação da ANS, sempre que o abandono ou a omissão continuada dos órgãos de deliberação importar em risco para a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários, ou aplicação de sanção administrativa de cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório.

2.3 Algumas Pesquisas no Setor de Saúde Suplementar

O trabalho de Mattos e Macedo (2014) objetivou analisar se as operadoras de planos de saúde suplementar utilizam práticas de gerenciamento da informação contábil, por meio das provisões técnicas, como resposta aos incentivos da regulação econômica da ANS e ao cenário tributário no Brasil. Na pesquisa, foram analisadas as contas de provisões técnicas das operadoras de planos de saúde, que podem oportunizar o gerenciamento da informação contábil com vistas à redução do pagamento de impostos, bem como melhoria da condição de solvência.

Os resultados mostraram que os gestores das operadoras de planos de saúde, que fizeram parte da amostra estudada, poderiam estar escolhendo práticas contábeis com o objetivo de atingir seus interesses econômicos, ou seja, poderiam estar influenciando para baixo as provisões técnicas se os valores de impostos e dos parâmetros de solvência são menores e, no entanto, influenciando para cima as provisões técnicas se os valores de impostos e parâmetros de solvência são maiores.

Já a pesquisa conduzida por Pinheiro et al (2015) buscou identificar o comportamento das estratégias de financiamento adotadas pelas cooperativas médicas e medicinas de grupo frente aos marcos regulatórios da saúde suplementar no Brasil. A pesquisa requereu a análise documental da regulação

econômico-financeira, seguida da análise do comportamento dos índices econômico-financeiros a partir do início da regulação, entre 2001 e 2012, para dois períodos, o primeiro de 2001 a 2008 e o segundo de 2004 a 2012, com o uso de modelos de regressão.

Constatou-se que, com a obrigatoriedade dos Ativos Garantidores (AG) para o primeiro período, aumentaram significativamente os endividamentos geral e de longo prazo, indicando a opção por capital de terceiros ao invés do capital próprio. As cooperativas médicas apresentaram aumento no endividamento geral, diferente das medicinas de grupo, que buscaram se capitalizar com recursos de terceiros. As duas modalidades optaram por aumentar a dívida de longo prazo e reduzir as de curto prazo. Já a instituição do Fundo Garantidor da Saúde (FGS), no segundo período, diminuiu o índice de liquidez, indicando que a proposta do FGS, de reduzir as garantias financeiras e melhorar o capital de giro, não ocorreu. O endividamento geral das cooperativas médicas diminuiu, enquanto o das medicinas de grupo aumentou. Constatou-se, ainda, um equilíbrio entre o endividamento e a liquidez ao longo do período para as cooperativas e as medicinas de grupo.

No artigo de Salvatori e Ventura (2012), tem-se o objetivo de apresentar os principais resultados alcançados pela regulação dos planos de saúde exercida pela ANS, autarquia instituída para promover o equilíbrio das relações entre operadoras e consumidores, tornando o mercado de planos de saúde mais eficiente. Como avanços mais significativos oriundos da regulação do setor, podem ser citados as barreiras à entrada e à saída das operadoras no mercado, a ampliação das coberturas assistenciais contratuais, o monitoramento e o controle dos reajustes, a indução a práticas de promoção da saúde e à qualificação do setor e a possibilidade da portabilidade de carências. Como desafios a serem enfrentados, podem ser apontados o monitoramento da qualidade da assistência prestada, a renúncia fiscal, a existência dos cartões de desconto, a operação de empresas como operadoras de planos de saúde sem o registro na ANS e a adoção de alguns mecanismos nocivos de regulação assistencial pelas operadoras de planos de saúde.

Por fim, o estudo conduzido por Sancovschi et al (2014) examinou as relações existentes entre as classificações das operadoras de planos de saúde no IDSS e em suas quadro dimensões, em 2007 e 2008, e a probabilidade de algumas delas terem sido submetidas, pela ANS, a regimes especiais em 2009. Comparando-se o desempenho das operadoras que foram submetidas aos regimes especiais de gestão, em 2007 e 2008, com o desempenho das demais operadoras, em 2009, constatou-se que aquelas foram piores em todas as dimensões do IDSS.

Além disso, as regressões logísticas mostraram que a probabilidade de instauração de regimes especiais de gestão, em 2009, estava significativamente relacionada às dimensões econômica e financeira e de estrutura e operação, em 2007, e somente à dimensão econômica e financeira, em 2008. Concluiu-se, portanto, que há indícios de que as intervenções da ANS são explicadas, em boa medida, pelas avaliações das operadoras com base no IDSS e nas suas quatro dimensões.

3 **Considerações Finais**

Espera-se que este trabalho sobre a regulação nos mercados de seguros e saúde suplementar possa contribuir efetivamente para o desenvolvimento de Indicadores de Sustentabilidade Econômico-Financeira das Distribuidoras de Energia Elétrica. As experiências relatadas sobre outros órgãos reguladores, como SUSEP e ANS, certamente serão úteis para este processo.

Dentro desse contexto, dois pontos do presente artigo merecem destaque. Primeiro, o controle da solidez econômico-financeira de seguradoras implementado pela SUSEP, o qual está em constante processo de aperfeiçoamento. Em linhas gerais, isso significa que, para uma empresa ingressar e permanecer autorizada a atuar no mercado brasileiro de seguros, a mesma deve se submeter constantemente a um conjunto de regras estabelecidas na regulação do setor, tais como capital mínimo, parâmetros de solvência, constituição de provisões técnicas e manutenção de ativos garantidores das provisões técnicas.

Já na estrutura de regulação conduzida pela ANS, no âmbito do Setor de Saúde Suplementar Brasileiro, percebe-se que, em termos de acompanhamento de desempenho, existe tanto o foco financeiro como o não financeiro. Para tanto, a ANS faz uma avaliação constante das OPS por meio do IDSS, o qual tem como base as dimensões atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação do beneficiário. A partir dos resultados do IDSS, a ANS pode decretar a instauração dos regimes especiais previstos na legislação regulatória, quais sejam, a direção técnica, a direção fiscal, os quais podem ser decretados inclusive simultaneamente, ou a liquidação extrajudicial. Pode-se dizer que a decretação de um dos regimes especiais pela ANS revela um elevado grau de preocupação da Agência com a situação econômico-financeira da operadora, em especial no que se refere à sua solvência.

4 **Bibliografia**

Almeida, R. G.; Sant'Anna, A. P. Composição Probabilística na Avaliação do Risco de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Revista Brasileira de Risco e Seguro, 6(11), 1-34, 2010.

Anderson, D. R. *Effects of under and Overevaluations in Loss Reserves*. The Journal of Risk and Insurance, v. 38, n. 4, p. 585–600, 1 dez. 1971.

Beaver, W. H.; Mcnichols, M. F. *Do Stock Prices of Property Casualty Insurers Fully Reflect Information about Earnings, Accruals, Cash Flows, and Development?* Review of Accounting Studies, v. 6, n. 2/3, p. 197–220, 2001.

Beaver, W. H.; Mcnichols, M. F. *The Characteristics and Valuation of Loss Reserves of Property Casualty Insurers*. Review of Accounting Studies, v. 3, n. 1-2, p. 73–95, 1998.

Beaver, W. H.; Mcnichols, M. F.; Nelson, K. K. *Management of the loss reserve accrual and the distribution of earnings in the property-casualty insurance industry*. Journal of Accounting and Economics, v. 35, n. 3, p. 347–376, 2003.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada nº 39/2000.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 139/2006.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 209/2009.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 246/2011.

Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 282/2011.

Brasil, Congresso Nacional. Lei nº 5.764/1971.

Brasil, Congresso Nacional. Lei nº 9.656/1998.

Brasil, Congresso Nacional. Lei nº 9.961/2000.

Brasil. Conselho Monetário Nacional. Resolução CMN nº 3.308/2005.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 08/1989.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 55/2001.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 73/2002.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 158/2006.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 169/2007.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 170/2007.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 178/2007.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 188/2008.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 228/2010.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 283/2013.

Brasil, Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução CNSP nº 302/2013.

Brasil, Presidência da República. Decreto-Lei nº 73/1966.

Brasil, Superintendência de Seguros Privados. Circular SUSEP nº 355/2007.

Chan, B. L. Risco de subscrição no mercado segurador. São Paulo, 2010. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Departamento de Contabilidade e Atuária, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

Costa, J. A. O valor preditivo do resultado líquido contábil, dos accruals e do fluxo de caixa operacional das empresas do mercado segurador brasileiro. São Paulo, 2015. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Departamento de Contabilidade e Atuária, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

Eiopa. *Solvency II*. Disponível em:
<https://eiopa.europa.eu/en/activities/insurance/solvency-ii/index.html>.
Acesso em 5 de novembro de 2013.

Gaver, Jennifer J.; Paterson, Jeffrey S. *Do insurers manipulate loss reserves to mask solvency problems*? Journal of Accounting and Economics. v.37, p.393-416, 2004.

Gaver, J. J.; Paterson, J. S. *Managing Insurance Company Financial Statements to Meet Regulatory and Tax Reporting Goals*. Contemporary Accounting Research, v. 16, n. 2, p. 207–241, 1999.

Grace, E. V. *Property-Liability Insurer Reserve Errors: A Theoretical and Empirical Analysis*. The Journal of Risk and Insurance, v. 57, n. 1, p. 28–46, 1º de março de 1990.

Petroni, K. *Optimistic reporting in the property-casualty insurance industry*. Journal of Accounting and Economics. v.15, p.485-508, 1992.

Pinheiro, I. C. B.; Peleias, I. R.; Silva, A. F.; Martins, E. Efeitos da Regulação Econômico-Financeira nas Estratégias de Financiamento das Operadoras de Planos de Saúde. Revista Universo Contábil. v.11, n. 2, p. 108-207, 2015.

Lima, C. R. M. Informação e Regulação da Assistência Suplementar à Saúde. Rio de Janeiro, E-Papers Serviços Editoriais, 2005.

Machado, M. R. C. Gestão do risco de subscrição em seguradoras que operam em risco massificado: um estudo de caso. São Paulo, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Departamento de Contabilidade e Atuária, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

Martins, M. V. L. Uma Proposta de Metodologia de Avaliação da Solvência de Empresas de Seguro não vida. Rio de Janeiro, 1994; Dissertação (Mestrado em Administração) COPPEAD – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Mattos, B. M.; Macedo, M. A. S. Análise da Influência da Regulação Econômica e Tributária no Gerenciamento das Provisões Técnicas Constituídas por Operadoras de Planos de Saúde. Anais do XIV Congresso da USP de Controladoria e Contabilidade. São Paulo, 2014.

Mourad, N. A.; Paraskevopoulos, A.; Michaelis, W. M. IFRS: Introdução às normas internacionais de contabilidade para operadoras de saúde. São Paulo: Atlas, 2010.

Ribeiro, A. C. Direito de seguros: resseguro, seguro direto e distribuição de serviços. São Paulo: Atlas, 2006.

Rodrigues, A. Gerenciamento da informação contábil e regulação: evidências no mercado brasileiro de seguros. São Paulo, 2008. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Departamento de Contabilidade e Atuária, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

Salvatori, R. T.; Ventura, C. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: Onze Anos de Regulação dos Planos de Saúde. Revista Organizações & Sociedade, v. 19, n. 62, p. 471-487, 2012.

Sancovschi, M.; Macedo, M. A. S.; Silva, J. A. Análise das Intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Contabilidade, Gestão e Governança, v. 17, n. 2, p. 118-136, 2014.

Weiss, M. *A Multivariate Analysis of Loss Reserving Estimates in Property-Liability Insurers*. The Journal of Risk and Insurance, v. 52, n. 2, p. 199–221, 1º de junho de 1985.