

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP



**“Autorização de Funcionamento: importância
para o mercado de saúde suplementar”**

por

Helio Jayme Martins Fróes Cruz

Dissertação apresentada para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública, modalidade Profissional,
na área de concentração Regulação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Rio de Janeiro, novembro de 2004

**“Autorização de Funcionamento:
importância para o Mercado de Saúde Suplementar”**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de concentração Regulação em Saúde

26 de novembro de 2004

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Doutor em Saúde Pública
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Profª Maria Teresa Duclos – Doutora em Economia
Instituição: Escola de Pós-Graduação em Economia – FGV

Professor Nilson do Rosário Costa – Doutor em Planejamento Urbano e Regional
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Agradecimentos

À Diretoria Colegiada da ANS pela iniciativa de investir em capacitação do corpo técnico.

À coordenação e professores da EPGE/FGV e ENSP/FIOCRUZ pela condução de um ótimo trabalho.

Ao Prof. Dr. José Mendes Ribeiro pela orientação.

Aos Profs. Drs. Nilson do Rosário Costa e Maria Teresa Duclos pela gentileza de atender ao convite de integrar a banca examinadora.

Ao colega e amigo Ricardo Nohra por ser incansável no apoio e estímulo.

Aos colegas do mestrado, ao Grupo G-6, em especial aos amigos Olavo Salles e Carolina Gouveia pelo apoio prestado na elaboração deste trabalho.

À equipe da biblioteca da SUSEP pela colaboração.

Resumo

Os agentes do mercado de saúde suplementar, que atuaram por cerca de 40 anos sem regulação e fiscalização específica em uma atividade econômica de relevância social, levaram a um cenário caótico marcado pela existência de diversas operadoras de planos de assistência a saúde com sérias dificuldades financeiras.

Situações de insolvência podem implicar graves custos sociais e econômicos para os beneficiários, para o mercado de saúde suplementar como um todo e até para a própria economia do país.

A redução dos riscos da atividade, minimizando a ocorrência de situações em que a operadora possa deixar de honrar seus compromissos, apresenta-se como um caminho para que se possa viabilizar a satisfação dos direitos dos beneficiários e, com efeito, o fortalecimento do mercado de saúde suplementar.

A proposta deste trabalho consiste em demonstrar o quanto o instituto da autorização de funcionamento pode se tornar uma importante ferramenta regulatória capaz de induzir o mercado de saúde suplementar a ser competitivo, transparente e estável, contribuindo para o desenvolvimento sustentável do setor.

Para tanto, busca-se mapear os principais instrumentos de entrada e controle utilizados pelo mercado segurador brasileiro e pelos principais organismos internacionais que congregam órgãos reguladores de seguros (IAIS, ASSAL e OECD.). Prospecta-se também os possíveis impactos que a norma de autorização de funcionamento poderá acarretar para o MSS.

Palavras-chave: mercado de assistência à saúde; planos de saúde; regulação governamental; solvência; normas internacionais de controle de entrada.

Abstract

The agents of the Brazilian supplementary health market, that acted for a period of 40 years without regulation and specific government control in an economic activity of social prominence, brought about a chaotic scenario marked by the existence of sundry operators with serious financial difficulties.

Insolvent situations can bring about serious economic and social costs for the beneficiaries, for the entire supplementary health market and even for the economy of the country.

The operational risks reduction, minimizing the occurrence of situations whereby the operator might not honor his obligations, presents a way out that can make this activity viable insofar as the rights of the beneficiaries and, as result, bring about the strengthening of the supplementary health market.

This paper's proposal consists in demonstrating the importance of the licensing process and how it becomes an important regulatory tool capable of bringing about a competitive, transparent and stable supplementary health market and contributing for the sustainable development of the sector.

In order to attain the desired objectives, it becomes imperative to highlight the instruments of access and control utilized by the Brazilian insurance market and by the most important international organisms which encompasses insurance regulators organisms, such as (IAIS, ASSAL, OECD). It also projects possible impacts which authorizations of license can bring about for the MSS.

Key-words: health care sector; health plans; government regulation; solvency; international standards of access control.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - BREVE HISTÓRICO DOS MERCADOS SEGURADOR E DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	20
1.1. SÉCULO XIX	20
1.1.1. <i>Os primeiros marcos institucionais do mercado segurador</i>	20
1.1.2. <i>O Código Comercial Brasileiro</i>	21
1.2. SÉCULO XX	23
1.2.1. <i>O Regulamento Murtinho e o Código Civil Brasileiro</i>	23
1.2.2. <i>A Lei Eloy Chaves e o surgimento dos primeiros esquemas de assistência privada à saúde</i>	25
1.2.3. <i>O Decreto-lei nº 73/67: marco regulatório da atividade seguradora</i>	28
1.2.4. <i>O Sistema Nacional de Previdência</i>	31
1.2.5. <i>Consolidação das atuais características do MSS</i>	32
1.2.6. <i>Marco legal do Mercado de Saúde Suplementar</i>	34
CAPÍTULO 2 - O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ABORDAGEM GERAL	42
2.1. MODALIDADES DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	42
2.1.1. <i>Administradoras</i>	44
2.1.2. <i>Autogestões</i>	45
2.1.3. <i>Cooperativas Médicas</i>	46
2.1.4. <i>Cooperativas Odontológicas</i>	47
2.1.5. <i>Filantropias</i>	47
2.1.6. <i>Medicinas de Grupo</i>	48
2.1.7. <i>Odontologias de Grupo</i>	48
2.1.8. <i>Seguradoras Especializadas em Saúde (SES)</i>	49
2.2. NÚMEROS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	51
2.3. CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR	54
2.3.1. <i>Riscos da atividade de saúde suplementar</i>	54
2.3.2. <i>Formas de pagamento do plano privado de assistência à saúde</i>	55
2.3.3. <i>Falhas de mercado</i>	55

2.3.3.1. <u>Assimetria de informação</u>	56
2.3.3.2. <u>Seleção adversa</u>	56
2.3.3.3. <u>Risco moral</u>	57
2.3.3.4. <u>Indução de demanda</u>	57
2.3.3.5. <u>Deseconomias de escala</u>	57
2.4. SIMILARIDADE ENTRE AS ATIVIDADES DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A SEGURADORA	58
2.5. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DE REGULAR O MSS	60
CAPÍTULO 3 - O MERCADO SEGURADOR BRASILEIRO	62
3.1. LEGISLAÇÃO BÁSICA	62
3.2. REGULAÇÃO E SUPERVISÃO DA ATIVIDADE: PRINCIPAIS REQUISITOS DE ENTRADA	65
3.2.1. <i>Autorização de funcionamento</i>	65
3.2.2. <i>Forma jurídica permitida para a constituição de sociedade seguradora</i>	65
3.2.3. <i>Plano de negócios</i>	66
3.2.4. <i>Regras de capital mínimo</i>	66
3.2.5. <i>Regras para administradores das sociedades seguradoras</i>	66
3.2.6. <i>Controles internos</i>	67
3.2.7. <i>Permissão para ingresso de empresas estrangeiras</i>	69
CAPÍTULO 4 - MERCADO SEGURADOR: PANORAMA INTERNACIONAL	70
4.1. MERCADO COMUM DO SUL (MERCOSUL)	70
4.2. ORGANISMOS INTERNACIONAIS QUE CONGREGAM ÓRGÃOS REGULADORES DE SEGUROS	72
4.2.1. <i>Associação Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS)</i>	72
4.2.2. <i>Associação de Superintendentes de Seguros da América Latina (ASSAL)</i>	73
4.2.3. <i>Requisitos para concessão de licenciamento da IAIS</i>	74
4.2.3.1. <u>Estatuto ou contrato social</u>	74
4.2.3.2. <u>Forma jurídica da sociedade</u>	74
4.2.3.3. <u>Objeto social da sociedade</u>	75
4.2.3.4. <u>Plano de negócios</u>	75
4.2.3.5. <u>Capital mínimo</u>	76
4.2.3.6. <u>Adequação dos administradores</u>	76
4.2.3.7. <u>Acionistas</u>	77
4.2.3.8. <u>Governança corporativa</u>	78
4.2.3.9. <u>Controles internos</u>	80
4.2.3.10. <u>Transferência de controle acionário e de carteira</u>	81

4.2.3.11. <u>Avaliação e gerenciamento de risco</u>	81
4.2.4. <i>Exame do pedido de autorização</i>	82
4.2.5. <i>Indeferimento ou cancelamento da autorização</i>	82
4.3. ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OECD)	83
4.3.1. <i>Autorização para funcionamento</i>	83
4.3.1.1. <u>Forma jurídica da sociedade</u>	83
4.3.1.2. <u>Capital mínimo</u>	84
4.3.1.3. <u>Regras para administradores</u>	84
4.3.1.4. <u>Controle acionário</u>	84
4.3.1.5. <u>Plano de negócios</u>	84
4.3.1.6. <u>Governança corporativa</u>	85
4.4. <i>A experiência americana</i>	86
4.4.1. <i>Estruturação do mercado norte-americano</i>	86
4.4.2. <i>Requisitos para autorização de funcionamento</i>	87
CAPÍTULO 5 - REQUISITOS A SEREM CONSIDERADOS NA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO PARA O MSS	90
5.1. REQUISITOS DA LEI Nº 9.656, DE 1998	90
5.2. REGRAS DE ENTRADA AINDA NÃO IMPLEMENTADAS PELA ANS	91
5.2.1. <i>Inscrição dos atos constitutivos</i>	91
5.2.2. <i>Critérios para aprovação dos atos societários</i>	92
5.2.3. <i>Razões e denominações sociais e/ ou nomes de fantasia</i>	92
5.2.4. <i>Objetivos das sociedades</i>	93
5.2.5. <i>Enquadramento da sociedade</i>	93
5.2.6. <i>Plano de negócios</i>	94
5.2.7. <i>Estudo de viabilidade econômico financeira</i>	95
5.2.8. <i>Padrões de governança corporativa</i>	95
5.2.9. <i>Controles internos</i>	96
5.2.10. <i>Requisitos de patrocínio</i>	96
5.3. IMPACTOS NO MSS APÓS AS PRIMEIRAS REGRAS DE ENTRADA E PERMANÊNCIA	97
CONCLUSÃO	100
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXO	110

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagramas

Diagrama 1 - Operadoras por modalidade e segmento	50
Diagrama 2 – Garantia de solvência x Custo de regulação	99

Figura

Figura 1 – Distribuição de beneficiários no Brasil	52
--	----

Gráficos

Gráfico 1 – Total de seguradoras estrangeiras que se instalaram no Brasil no período de 1860 - 1913	24
Gráfico 2 – Relação de seguradoras nacionais e estrangeiras no Brasil	31
Gráfico 3 – Distribuição de operadoras por região	52
Gráfico 4 – Concentração do mercado: beneficiários x nº operadoras	53
Gráfico 5 – Participação de capital estrangeiro no valor total de prêmios	69
Gráfico 6 – Operadoras ativas x canceladas	98

Quadros

Quadro 1 – Principais marcos institucionais das atividades de seguro e saúde suplementar no Brasil	41
Quadro 2 - Algumas normas de entrada e controle do MSS	41
Quadro 3 – Estrutura das cooperativas	46
Quadro 4 – Elementos básicos das atividades de seguro e saúde suplementar	59
Quadro 5 – Resumo dos normativos de constituição e entrada das sociedades ao mercado segurador	63
Quadro 6 – Países integrantes do MERCOSUL - Panorama evidenciado em 1998	72
Quadro 7 – Regras de entrada e controle de alguns países estudados pela OECD	85
Quadro 8 – Quadro resumo	101

Tabelas

Tabela 1 – Evolução do número de seguradoras no Brasil	30
Tabela 2 – Distribuição de operadoras e beneficiários por modalidade	51
Tabela 3 – Distribuição de operadoras por região	52
Tabela 4 – Distribuição do mercado por porte	53
Tabela 5 – Participação de capital estrangeiro no valor total de prêmios	69
Tabela 6 – Operadoras ativas x canceladas	97
Tabela 7 – Motivos de cancelamento de registro de operadoras	98

ABREVIATURAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicinas de Grupo
Adin	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGEs	Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias
AGOs	Assembléias Gerais Ordinárias
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASSAL	Associação de Superintendentes de Seguros da América Latina
BACEN	Banco Central do Brasil
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil
CEME	Central de Medicamentos
CMC	Conselho do Mercado Comum
CMN	Conselho Monetário Nacional
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
CTS	Comissão Técnica de Seguros
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização

DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIOPS/ANS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DNSPC	Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização
DOU	Diário Oficial da União
EUA	Estados Unidos da América
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor
GEAP	Assistência patronal para os empregados do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
GMC	Grupo Mercado Comum
HMO's	Health Maintenance Organizations
IAIS	Associação Internacional de Supervisores de Seguros
IAPAS	Administração da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MF	Ministério da Fazenda
MINC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MSS	Mercado de Saúde Suplementar

NAIC	National Association of Insurance Commissioners
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG	Organização não-Governamental
OPS	Operadoras de planos privados de assistência à saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano de Pronto Ação
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RE	Resolução de Diretoria
RN	Resolução Normativa
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNSP	Sistema Nacional de Seguros Privados
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados

INTRODUÇÃO

O mercado de planos privados de assistência à saúde começou a se desenvolver, no Brasil, nas décadas de 40 e 50, quando empresas do setor público reverteram recursos próprios e de seus empregados para financiar ações de assistência à saúde. Mais tarde, a assistência médico-hospitalar foi incluída entre os benefícios oferecidos aos funcionários das recém-criadas empresas estatais. As indústrias do ramo automobilístico, sobretudo as estrangeiras, foram as primeiras a implementar sistemas assistenciais para seus funcionários.

O sistema de saúde brasileiro constituiu-se historicamente por instituições públicas e privadas que se complementaram para a cobertura de ações de cunho mais preventivo/coletivo e as referentes à assistência médico-hospitalar individualizada (BAHIA, 2001).

A partir dos anos 50, começaram a surgir organizações de assistência à saúde para atendimento exclusivo dos funcionários estaduais, desprotegidos da Previdência Social. Foi, entretanto, na década de 60 que 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.

A atividade de saúde suplementar movimenta atualmente recursos anuais da ordem de 23 bilhões de reais e atinge, aproximadamente, 25% da população brasileira.

Esse mercado é composto por 2.268 operadoras de variados portes, modelos de gestão de riscos e modalidades de organização societária, com ou sem fins lucrativos e de diferentes naturezas jurídicas.

Enquanto que a atividade seguradora é regulada, no Brasil, desde os tempos da Colônia, o Mercado de Saúde Suplementar (MSS) atuou sem regulação e fiscalização específica por cerca de 40 anos.

De acordo com COSTA & CASTRO (2004), em razão dos custos nulos de transação para entrada e saída do mercado, o segmento foi tomado por um grande número de empresas com baixos parâmetros de conduta corporativa em relação às garantias contratuais com clientes, principalmente com contratos individuais e prestadores.

O surgimento de cerca de três mil operadoras neste período, na ausência de qualquer regulação/fiscalização, levou a um cenário caótico, marcado, principalmente, pela existência de diversas operadoras com sérias dificuldades financeiras.

No contexto anterior à regulação eram comuns problemas de exclusões e variações no escopo e natureza da cobertura assistencial, em quase todos os planos privados, permitindo que opções desfavoráveis fossem oferecidas ao consumidor (WORD BANK, 1995 *apud* COSTA & CASTRO, 2004).

Os consumidores, o mais vulnerável da relação, desprovidos de instrumentos eficazes¹ para coibir eventuais abusos, eram lesados e desrespeitados das mais variadas formas por algumas operadoras que se prevaleciam de estratégias contratuais abusivas que permitiam seleção de risco, seja pela exclusão de tratamentos de alto custo, seja por aumentos unilaterais de preços.

A ineficiência econômica do MSS, em especial quanto à preocupação com a proteção dos consumidores, com a solvência das operadoras e com a qualidade de assistência por elas prestadas, tornou necessária a intervenção do Estado sobre essa atividade, a partir de processos de regulação e fiscalização específicos.

As regras que orientam o funcionamento do setor encontram-se definidas na Lei 9.656, de 3 junho de 1998², marco legal da regulação dessa atividade, bem como em

¹ A promulgação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) se deu em 1990 através da Lei nº 8.078. Até a edição da Lei nº 9.656 em 1998, não havia órgão específico para regular e fiscalizar a atividade de saúde suplementar.

² Alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.

regulamentações editadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O texto legal estabeleceu critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor, discriminou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes (ANS, 2004).

Alguns critérios para entrada (regras de entrada) e controle já foram regulamentados. No entanto, dentre seus diversos dispositivos legais, carece de regulamentação o artigo 8º da Lei nº 9.656/98 e o inciso XXII do art. 4º da Lei nº 9.961/00, que versam sobre a ferramenta regulatória denominada autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Considerando-se que a atividade de saúde suplementar no Brasil é recentemente regulada e supervisionada, destacam-se a seguir algumas das razões pelas quais a regulação se faz necessário.

Em linhas gerais, trata-se de:

- i. uma atividade econômica complexa, indispensável e de relevância social, que tem por finalidade a proteção e compensação de um grande número de pessoas;
- ii. uma atividade que atende à finalidade macroeconômica, por ser geradora de poupança popular e de investimentos através da captação das contraprestações pecuniárias ou através da constituição de reservas;
- iii. uma atividade em que as operadoras caracterizam-se como fiéis depositárias do dinheiro dos beneficiários até se exaurir o período do risco contratado;
- iv. situações de insolvência que podem implicar graves custos sociais e econômicos para os beneficiários, para o MSS e para o país.

Dessa forma, a ANS, na qualidade de órgão regulador, deve adotar ferramentas regulatórias que permitam proteger os interesses dos beneficiários e contribuir para a existência de um MSS competitivo, transparente, estável e solvente.

O objetivo principal deste estudo é fazer um mapeamento dos principais instrumentos de entrada utilizados pelo mercado segurador brasileiro e pelos principais organismos internacionais que congregam as superintendências de seguros.

Como objetivos secundários, pretende-se identificar os possíveis impactos que a norma de autorização de funcionamento poderá acarretar para o MSS, bem como apontar o quanto o instituto de autorização de funcionamento, enquanto ferramenta regulatória, pode se tornar um importante normativo para a eficiência do MSS.

Este estudo está desenvolvido em cinco capítulos onde, no Capítulo 1, apresenta-se breve histórico dos Mercados Segurador e de Saúde Suplementar, destacando-se algumas regras de entrada e controle já implementadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Uma abordagem geral sobre a atividade de Saúde Suplementar no Brasil é efetuada no Capítulo 2, ocasião em que se apresentam suas principais características operacionais e similaridades com a atividade seguradora, as modalidades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e algumas informações estatísticas que consideradas relevantes para o estudo.

O Capítulo 3 foi dedicado à apresentação de algumas das principais regras de entrada e controle adotados pela atividade seguradora no Brasil.

Para complementar o estudo, o Capítulo 4 apresenta:

- um panorama das principais negociações relativas as condições de entrada dos países integrantes do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL);
- breves considerações sobre os procedimentos de supervisão adotados pelos principais organismos internacionais que congregam os órgãos reguladores de seguros no mundo, ou seja, Associação Internacional de Supervisores de

Seguros (IAIS) e Associação de Superintendentes de Seguros da América Latina (ASSAL);

- uma abordagem sucinta do estudo efetuado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); e
- algumas considerações sobre o mercado norte-americano, focalizando principalmente alguns dos requisitos para autorização de funcionamento para empresas que pretendam operar no ramo saúde.

Por fim, o Capítulo 5 aborda os principais requisitos a serem considerados pelo órgão regulador na formulação da norma de autorização de funcionamento no MSS.

A conclusão deste trabalho evidencia a importância do instituto da autorização de funcionamento para o MSS e traz algumas recomendações.

É preciso ressaltar que o fato de a regulação do MSS ser recente limitou os recursos de literatura disponível sobre o instituto da autorização de funcionamento, bem como de algumas regras de entrada no âmbito desta atividade específica. A alternativa possível para realizar este trabalho foi buscar subsídios no mercado segurador para identificar tais regras, tendo em vista a experiência e similaridade operacional com a atividade de saúde suplementar.

A experiência em regulação do mercado segurador nacional, a eficiência com que este mercado superou os problemas que ameaçaram seu equilíbrio sistêmico e as diversas similaridades existentes entre a atividade seguradora e de saúde suplementar (PÓVOAS, 2000) forneceram referências objetivas plenamente viáveis a serem consideradas em nosso estudo.

Também se deve registrar que, como a finalidade do estudo, sob a ótica regulatória, está em demonstrar a importância da autorização de funcionamento para o MSS, não foi efetuada a análise, aplicação e propriedade jurídica deste instituto, uma vez que, além de não comprometer o objetivo proposto, a complexidade e subjetividade que envolvem a abordagem jurídica dessa matéria, constituiria, por si só, outra dissertação. Dessa forma, o termo “autorização de funcionamento” será empregado, no presente trabalho, de forma genérica.

Vale a ressalva de que os requisitos obtidos, tanto da experiência nacional, como internacional do mercado segurador, não comprometem o resultado deste estudo, uma vez que tais requisitos são abordados sob um prisma macro, devendo ser adaptados às peculiaridades do MSS.

Da mesma forma, os resultados obtidos neste estudo não têm a pretensão de apresentar soluções definitivas sobre os requisitos de entrada no MSS sugeridos ou com relação às recomendações apresentadas. A intenção é de demonstrar a potencialidade do instituto da autorização de funcionamento e alguns dos principais desafios que a ANS poderá enfrentar para viabilizar sua regulamentação.

Ressalte-se, ainda, que todos os temas abordados neste trabalho estão restritos aos aspectos societários e econômico-financeiros da pessoa jurídica da operadora de planos de assistência à saúde, tampouco foram abordados quaisquer aspectos relativos à autorização para comercialização dos produtos privados de assistência à saúde, seus dispositivos legais e regras de caráter assistencial.

O método adotado na elaboração deste trabalho foi o bibliográfico, desenvolvido a partir dos recursos de pesquisa disponíveis na literatura. Os quatro primeiros Capítulos foram desenvolvidos a partir da literatura e legislações disponíveis referente aos mercados de saúde suplementar e de seguros. Também foram utilizadas informações da ANS, da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e de instituições privadas representativas de alguns segmentos de ambos os setores.

CAPÍTULO 1

BREVE HISTÓRICO DOS MERCADOS SEGURADOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

1.1. SÉCULO XIX

1.1.1. *Os primeiros marcos institucionais do mercado segurador*

Conforme anota COSTA (1998), no período colonial, as companhias de seguros nacionais eram submetidas às regulações da Caza de Seguros de Lisboa, criada no século XVII, e autorizadas a operar pelas provedorias de seguros das províncias do Império³. O Alvará Régio, de 11 de agosto de 1791, ao submeter a atividade do seguro no Brasil às regulações de Lisboa, constitui-se no primeiro marco institucional deste mercado.

Segundo PÓVOAS (2000), a chegada da Família Real, em janeiro de 1808, e a abertura dos portos ao comércio internacional por D. João VI determinaram o início das autorizações de funcionamento das instituições de seguro nacionais. COSTA (1998) observa que, nesse mesmo ano, duas seguradoras foram autorizadas a funcionar: a primeira autorização de funcionamento⁴ foi da Companhia de Seguros Boa Fé. A segunda autorização foi para a Companhia de Seguros Conceito Público⁵. Em 1810, no Rio de Janeiro, foi autorizado o funcionamento da seguradora Idenidade⁶.

Ainda de acordo com COSTA (1998), como a Constituição do Brasil de 1824 não havia revogado as leis portuguesas, as empresas seguradoras continuaram regidas pela Caza de Seguros de Lisboa, através das provedorias de seguros das províncias do Império. Informa também que a primeira companhia de seguros autorizada a funcionar no

³ As provedorias de seguros das províncias do Império eram cartórios encarregados do registro e da cobrança de impostos referentes às operações de seguros nas províncias do Reino português e obedeciam ao regime da Caza de Seguros de Lisboa.

⁴ Decreto s.n., de 24 de fevereiro de 1808.

⁵ Autorização concedida pela Carta Régia de 24 de outubro de 1808.

⁶ Autorização concedida pela Resolução de 5 de fevereiro de 1810.

Império foi a Sociedade de Seguros Mútuos Brasileiros, em 1828⁷. As provedorias de seguros foram extintas somente com a edição da Lei de 26 de julho de 1831, decretada pela Assembléia Geral do Império.

1.1.2. O Código Comercial Brasileiro

O advento do Código Comercial Brasileiro, de 1850⁸, foi de fundamental importância para o desenvolvimento do seguro no Brasil, incentivando o aparecimento de inúmeras seguradoras, que passaram a operar não só com o seguro marítimo, expressamente previsto na legislação, mas também com o seguro terrestre (SUSEP, 2004). Neste mesmo ano, surgiram as primeiras seguradoras nacionais operando seguros contra incêndios e de vida, sendo que 11 companhias nacionais foram autorizadas a operar no ramo seguro marítimo⁹, que passou a ser regulado após sua promulgação (COSTA,1998).

O desenvolvimento das atividades de seguros alertou o governo do Segundo Reinado para a necessidade de um certo controle desta atividade, principalmente com relação às seguradoras estrangeiras, que não eram reguladas (COSTA,1998). Nesse sentido, em 1860, antes de ser dada autorização de funcionamento à primeira das companhias seguradoras estrangeiras, foram promulgados dois decretos: o Decreto nº 2.678/1860, que estabelecia para as seguradoras a obrigatoriedade de apresentação e publicação do balanço, e o Decreto nº 2.711/1860 que tornavam obrigatórios o pedido de autorização para funcionamento e a aprovação de seus estatutos.

Com a expansão do setor, as empresas de seguros estrangeiras começaram a se interessar pelo mercado brasileiro, surgindo por volta de 1862 as primeiras sucursais de seguradoras sediadas no exterior (SUSEP, 2004).

O Decreto nº 3.189, de 25 de novembro de 1863, além de definir um modelo para apresentação dos balanços das companhias de seguros mútuos, fixou prazo para sua publicação.

⁷ Decreto de 29 de abril de 1828.

⁸ Lei n.º 556, de 25 de junho de 1850.

⁹ Lei n.º 556, de 25 de junho de 1850, tit. VIII, cap. IV, arts. 666 a 796.

Como verifica COSTA (1998), as seguradoras estrangeiras que operavam no ramo vida, de longa duração, não possuíam garantias locais. O receio pela evasão de divisas e a impossibilidade de as autoridades brasileiras intervirem legalmente em suas matrizes levaram o Governo a se preocupar com a constituição de provisões por parte dessas seguradoras.

Segundo PÓVOAS (2000), tornava-se essencial conhecer a dimensão do mercado de seguros, acompanhar a situação econômico-financeira de cada uma das seguradoras, obter maior cuidado na constituição das provisões técnicas, além de transparência das operações, especialmente, no ramo vida, setor dominado por companhias estrangeiras. A consciência da importância dos capitais de poupança, consubstanciados nas provisões técnicas, evidenciou a fragilidade regulatória frente às companhias seguradoras estrangeiras que operavam no Brasil.

Sendo assim, através da Lei nº 294, de 5 de setembro de 1895,¹⁰ (primeira lei específica para o mercado segurador), o Governo editou diversas medidas para se exercer rigorosa fiscalização sobre as companhias estrangeiras de seguro de vida que operavam no Brasil. As medidas refletem a preocupação com a defesa dos interesses dos segurados em relação às companhias estrangeiras, como: vinculação da concessão da autorização de funcionamento ao atendimento das exigências prévias de depósito inicial como garantia de operações; publicação de seus balanços; obrigatoriedade de aplicação dos prêmios arrecadados e do total das provisões técnicas em valores (nacionais) e bens no país; e autonomia dos representantes das seguradoras estrangeiras para resolver as questões sobre seguros realizados no país.

Além das medidas mencionadas, também é relevante destacar a fiscalização discricionária (de acordo com a conveniência do Governo) dos livros e demais documentos dessas seguradoras. Todas as companhias foram obrigadas a registrar suas operações específicas, especialmente os registros das apólices, com a total identificação de cada uma (numeração, identificação do segurado e/ou seus beneficiários, data de início e fim de vigência contratual, objeto segurado, valor segurado entre outras).

¹⁰ A Lei nº 294 foi sancionada pelo Poder Executivo em 5 de setembro de 1895 e regulamentada pelo Decreto nº 2.153, de 1º de novembro de 1895.

1.2. SÉCULO XX

1.2.1. *O Regulamento Murtinho e o Código Civil Brasileiro*

O Decreto nº 4.270, de 10 de dezembro de 1901, e seu regulamento anexo, conhecido como "Regulamento Murtinho", estabeleceu regras sobre o funcionamento das seguradoras já existentes ou que viessem a se organizar no território nacional, para operarem os ramos vida, marítimos e terrestres. Este regulamento constitui-se na primeira norma a tratar de provisões técnicas. Também criou o primeiro órgão fiscalizador oficial da atividade de seguros, a Superintendência Geral de Seguros, subordinada diretamente ao Ministério da Fazenda (MF).

Com a criação desta Superintendência, foram concentradas numa única repartição especializada, todas as questões atinentes à fiscalização de seguros, antes distribuídas entre diferentes órgãos. Esta fiscalização, de caráter preventivo e cuja jurisdição alcançava todo o território nacional, era exercido por ocasião dos pedidos de autorização de funcionamento das companhias. Quando repressivo, era exercido na forma de inspeção direta das seguradoras (SUSEP, 2004).

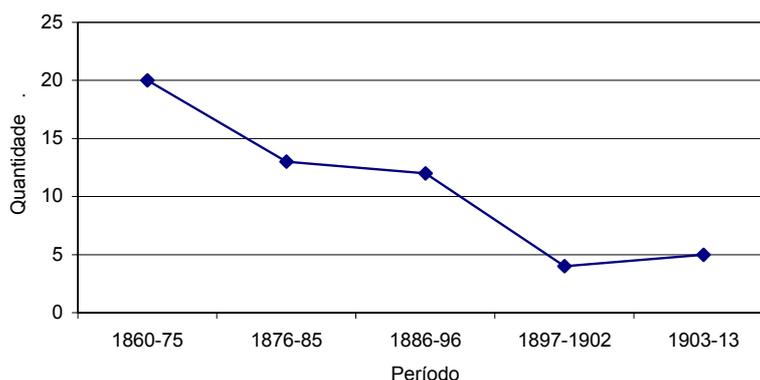
Posteriormente, em 12 de dezembro de 1906, através do Decreto nº 5.072, a Superintendência Geral de Seguros foi substituída por uma Inspeção de Seguros, também subordinada ao MF. Essa inspeção funcionou, durante grande parte da Primeira República, como órgão responsável pela fiscalização da atividade de seguros e pelo exame de pedidos de autorização de funcionamento das companhias nacionais e estrangeiras.

O período compreendido entre 1910 e 1915 marcou a fase de grande proliferação das caixas de pensões e sociedades mútuas.

De acordo com AMÍLCAR SANTOS (1959) *apud* COSTA (1998), essas caixas eram concorrentes diretas das companhias de seguro de vida. Sucede, porém, que, além de explorarem a credibilidade e a boa-fé dos contribuintes daquele sistema, as caixas levaram, em muitos casos, ao enriquecimento de indivíduos desonestos, prejudicando a imagem do seguro e, com efeito, sua disseminação. A incapacidade daquelas sociedades de honrarem seus compromissos financeiros assumidos com os associados foi considerada prejudicial pelo Governo.

A crescente intervenção na atividade seguradora pode ter sido um dos fatores determinantes para o declínio das seguradoras estrangeiras no Brasil, no período compreendido entre 1860 a 1913, conforme podemos verificar no Gráfico a seguir, que apresenta a redução gradativa de instalações dessas sociedades no País.

Gráfico 1
Total de seguradoras estrangeiras que se instalaram no Brasil
no período de 1860 - 1913



Fonte: Adaptado de CASTRO (1979) apud COSTA (1998). Tabela 1, p. 31.

O Código Civil Brasileiro, editado em 1º de janeiro de 1916, que, em seu art. 20, dispôs sobre a autorização prévia para a constituição de montepios, caixas econômicas e estabelecimentos de seguro, teria sido promulgado, de acordo com MENICUCCI (1990) *apud* COSTA (1998: 55), “*como reação aos abusos dessas caixas*”. A promulgação desta codificação, sancionada pela Lei nº 3.071, de 1916, representou um grande avanço de ordem jurídica, com um capítulo específico dedicado ao contrato de seguro.

Assim, os preceitos formulados pelo Código Civil e pelo Código Comercial passaram a compor, em conjunto, o que se chama Direito Privado do Seguro. Esses preceitos fixaram os princípios essenciais do contrato e disciplinaram os direitos e obrigações das partes, de modo a evitar e dirimir conflitos entre os interessados. Foram esses princípios fundamentais que garantiram o desenvolvimento da instituição do seguro no Brasil. (SUSEP, 2004)

Como relata PÓVOAS (2000: 155), “*a regulação dos contratos de seguro consubstanciou-se num dos mais importantes marcos da história do seguro no Brasil, já que encerrou o período da liberdade absoluta das partes em negociarem os termos contratuais, determinando uma linha legal que tinham de seguir, na estruturação dos*

respectivos contratos e acabando, portanto, com o arbítrio da vontade que, em tal campo, comprometia a evolução técnica, que já se fazia mister.”

1.2.2. A Lei Eloy Chaves e o surgimento dos primeiros esquemas de assistência privada à saúde

Segundo COSTA (1998), a década de 20 poderia ser caracterizada pela crescente intervenção Estatal no mercado segurador, bem como pela existência de uma maior preocupação com a formação de uma cultura de seguros, entendida como fundamental para um maior desenvolvimento da atividade no país.

O Decreto nº 14.593, de 1920, estabelecia, em seu art. 6º, que ficavam excluídos daquele regime os montepios, as sociedades de beneficência e socorros mútuos, os sindicatos e cooperativas profissionais, ou quaisquer outras associações particulares sujeitas à legislação especial, em que os benefícios e vantagens dos associados não dependiam de sorteio ou de cálculo de mortalidade.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sistema de assistência à saúde financiado pelos empregados de algumas categorias profissionais, empresas e governo, foram instituídas em 1923, pela Lei Eloy Chaves¹¹, excluindo muitos segmentos da população. Esta Lei representou a primeira experiência oficial de seguros social no Brasil, tendo sido regida com base nas formas de funcionamento das antigas caixas de pensões, sociedades de auxílio mútuo e montepios (COSTA, 1998).

Conforme anota MÉDICI (2003), embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas não permitiu ao Governo monitorar seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha (anos 20), quando o Estado era desprovido, quase que totalmente, de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil.

A partir de 1933, somaram-se às caixas de assistência os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Essas autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MINC), estruturadas como modelos de

¹¹ Decreto Legislativo nº 4.682, de 24/01/1923.

pensões, mantinham o mesmo modelo de financiamento entre empregados de algumas categorias profissionais, empresas e Governo (BAHIA, 2001).

Ressalte-se que, em 28 de junho de 1933, o Decreto nº 22.865, transferiu a "Inspetoria de Seguros" do MF para o MINC.

No ano seguinte, através do Decreto nº 24.782, de 14 de julho de 1934, foi extinta a Inspetoria de Seguros e criado o Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização (DNSPC), também subordinado àquele Ministério.

De acordo com PÓVOAS (2000), com a promulgação da Constituição de 1937, foi estabelecido o "Princípio de Nacionalização do Seguro", já preconizado na Constituição de 1934, ou seja, só poderiam funcionar, no Brasil, companhias seguradoras com acionistas brasileiros, com objetivo de fortalecer a poupança interna do país.

Em 1939, foi criado o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB)¹². As sociedades seguradoras ficaram obrigadas, desde então, a ressegurar no IRB as responsabilidades que excedessem sua capacidade de retenção própria, compartilhando o risco com as sociedades seguradoras em operação no Brasil. Com esta medida, o Governo procurou evitar que grande parte das divisas relativas a prêmios de resseguros fosse remetida para o exterior por companhias estrangeiras (SUSEP, 2004).

O Decreto-lei nº 2.063, de 7 de março de 1940, impôs para alguns ramos a obrigatoriedade da constituição das reservas técnicas, que salvaguardariam o equilíbrio técnico e financeiro das seguradoras. Além disso, definiu a capacidade de aceitação de riscos de cada uma, estabelecendo limites técnicos de aceitação e regras de repartição de riscos. Estabeleceu também regras atuariais, tais como tábuas de mortalidade e invalidez, fórmulas para o cálculo dos prêmios. O Decreto também excluiu de seu campo de fiscalização as associações que instituíam pensões ou pecúlios em favor de seus associados e de suas famílias.

Neste mesmo ano, em 20 de junho, por força do Decreto nº 5.901, foram criados os seguros obrigatórios para comerciantes, industriais e concessionários de serviços públicos, pessoas físicas ou jurídicas, contra os riscos de incêndios e transportes

¹² Decreto-lei nº 1.186, de 3 de abril de 1939.

(ferroviário, rodoviário, aéreo, marítimo, fluvial ou lacustre), nas condições estabelecidas no mencionado regulamento.

É nesse período que surgem alguns sistemas de assistência privada à saúde com características semelhantes aos atuais, ou seja, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e de seus empregados. Foram constituídos à parte da Previdência Social, como a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), no setor público, e a assistência patronal para os empregados do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), no setor privado (BAHIA, 2001). Durante os anos 40 e 50, a assistência médica prestada pelas CAPs e IAPs aos trabalhadores formais foi a única disponível (MÉDICI, 2003).

Existem duas versões na literatura sobre o provável surgimento do primeiro plano privado de assistência à saúde. O primeiro plano teria surgido em 1954, com o Hospital e Maternidade Modelo, estabelecido com as Indústrias Villares e o Tribunal de Justiça de São Paulo (*cf.* ZENICOLA, 1970, *apud* ANDREAZZI, 1991). Também se verifica que o primeiro plano teria surgido, em 1956, com o grupo Policlínica Central, que estabeleceu atendimento médico aos empregados de uma fábrica (CZAPSKI, 1971).

As décadas de 60 e 70 foram marcadas pela constituição de redes de serviços privados, contratadas pelo Estado e por instituições privadas (BAHIA E VIANA, 2002).

Conforme ABRAMGE (2004), a Medicina de Grupo surgiu e desenvolveu-se nos anos 60, no ABC Paulista, em virtude da precariedade dos serviços públicos na região e dos altos preços da medicina liberal. Visava atender basicamente às necessidades de assistência médico-hospitalar da classe trabalhadora, mediante o sistema de "convênio-empresa", financiado pelos empregadores.

Desde os anos 60, os trabalhadores de alguns ramos da indústria de transformação, bancários, trabalhadores de estatais e de algumas instituições do executivo federal, já estavam cobertos por planos de saúde através dos convênios empresa com a Previdência. A cobertura se dava através de caixas de assistência, entidades patronais ou por planos diretamente administrados pelos departamentos de recursos humanos/benefícios das empresas (BAHIA, 2001).

Segundo o que informa UNIMED (2004), a primeira cooperativa médica teria surgido em 1967, em Santos/SP, criada como alternativa para as medicinas de grupo baseadas no capital. A criação dessa modalidade teria sido motivada pela vinculação com as entidades profissionais dos médicos e a oposição às medicinas de grupo (BAHIA, 2001).

No final da década de 60 e início da década seguinte, foram criadas as condições propícias para o surgimento do setor privado de saúde no Brasil (DUARTE, 2001).

1.2.3. O Decreto-lei nº 73/67: marco regulatório da atividade seguradora

Em relação ao mercado segurador, o Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, ao definir e institucionalizar o Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP), vem representar o marco institucional da atividade seguradora. Através deste Decreto, foram reguladas todas as operações de seguros e resseguros.

De acordo com PÓVOAS (2000), este Decreto consubstanciou-se em dos diplomas legais de maior relevo, porque atendendo à evolução conceitual e ao desenvolvimento que o seguro experimentara, sistematizou a organização da instituição do seguro, marcando a transição para a modernidade. Ao regulamentar toda a atividade das seguradoras, deu início ao processo de reestruturação do mercado segurador. Este Decreto também se constitui no primeiro instrumento legal sobre a comercialização do seguro saúde.

O Conselho Monetário Nacional (CMN)¹³ passou a ser o órgão de fiscalização e orientação das aplicações das provisões técnicas constituídas pelas seguradoras para pagamento de sinistros. Assim, a política de seguros ainda que localizada institucionalmente no MINC, desde 1961, começava a ser aos poucos co-gerida pelo MF, ao qual o CMN estava ligado (COSTA, 1998).

¹³ O Conselho Monetário Nacional (CMN) é o órgão deliberativo máximo do Sistema Financeiro Nacional. Ao CMN compete: estabelecer as diretrizes gerais das políticas monetária, cambial e creditícia; regular as condições de constituição, funcionamento e fiscalização das instituições financeiras e disciplinar os instrumentos de política monetária e cambial. O CMN é constituído pelo Ministro de Estado da Fazenda (Presidente), pelo Ministro de Estado do Planejamento e Orçamento e pelo Presidente do Banco Central do Brasil (Bacen).

O SNSP é constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados¹⁴ (CNSP), SUSEP, IRB, sociedades autorizadas a operar em seguros privados e corretores habilitados.

Empresas seguradoras, montepios¹⁵ e empresas de capitalização, na ocasião cerca de 400 empresas¹⁶, apresentavam um quadro que, em muitos casos, além de seus administradores não apresentarem comprometimento com a atividade, as empresas não tinham a capacidade financeira necessária para garantir os riscos assumidos (FGV/IBRE, 1998).

O Decreto nº 60.459, de 13 de março de 1967, que regulamentou o Decreto-lei nº 73, de 1966, definiu entre as competências da SUSEP, o processamento dos pedidos de autorização para constituição, organização, funcionamento, fusão, encampação, incorporação, grupamento, transferência de controle acionário, reforma dos Estatutos das sociedades seguradoras, bem como à liquidação das sociedades seguradoras que tivessem cassada a autorização para funcionar no País.

A Portaria que concedia autorização para o funcionamento indicava as modalidades que podiam ser exploradas pela Sociedade, bem como as exigências impostas à requerente para que pudesse funcionar, as quais faziam parte inerente do estatuto. Publicada a Portaria de autorização, a sociedade interessada deveria comprovar perante a SUSEP, no prazo de 90 dias, sob pena de revogação: haver subscrito ações do capital do IRB; ter efetuado todos os registros e publicado os atos exigidos por lei para seu funcionamento; haver satisfeito às exigências porventura constantes da Portaria da autorização; o cumprimento das exigências suplementares estabelecidas pela SUSEP.

Cumpridas as formalidades exigidas, era expedida, pelo Ministro da Industria e do Comercio, a Carta Patente para o funcionamento da Sociedade, a qual, depois de registrada na SUSEP, arquivada no órgão do Registro do Comercio da Sede da Sociedade e publicada a certidão de arquivamento no Diário Oficial da União (DOU), permitia o inicio das operações, conquanto preenchidas as demais exigências legais e

¹⁴A Medida Provisória nº 1940-17, de 06 de janeiro de 2000, estabeleceu a atual composição do CNSP: Ministro da Fazenda (Presidente); Superintendente da SUSEP (Presidente Substituto); Representantes do Ministério da Justiça, do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Banco Central do Brasil e da Comissão de Valores Mobiliários.

¹⁵ Vale lembrar que até a edição do Decreto nº 73/66, os montepios não eram regulados. Conforme §1º do art. 143, “todos os montepios em funcionamento, ficam excluídos do regime estabelecido neste Decreto-lei, facultado ao CNSP mandar fiscalizá-los se e quando julgar conveniente”. Esses montepios correspondem às atuais empresas de previdência complementar privada aberta.

¹⁶ Conforme SARMENTO (1998), em 1963, havia 191 seguradoras operando no Brasil, das quais 156 seguradoras eram nacionais e 35 estrangeiras.

regulamentares. No tocante ao ramo saúde, este Decreto não estabeleceu qualquer norma de fiscalização relativa à parte assistencial da atividade de seguros.

Em 1968 o CNSP resolveu, através da Resolução CNSP nº 41, que as operações dos montepios ficariam sujeitas à fiscalização da SUSEP.

De acordo com PÓVOAS, (2000), relativamente ao mercado segurador, o início da década de 70 é marcado por um grande número de incorporações e fusões. Tal política de concentração do parque segurador estabelecida pelo Decreto-lei nº 1.115, de 1970. Em 31 de dezembro de 1970, operavam no mercado 185 sociedades seguradoras, sendo 156 nacionais e 29 estrangeiras. Durante o período de 1971 a 1973, ocorreram 72 incorporações, duas fusões e 16 mudanças de denominações, reduzindo o número de sociedades seguradoras para 112 (98 nacionais e 14 estrangeiras).

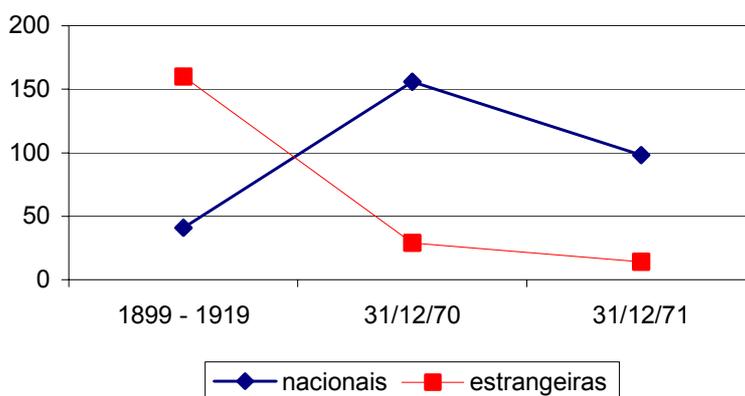
Conforme se observa na Tabela e Gráfico seguintes, a quantidade de seguradoras nacionais aumenta em relação a de seguradoras estrangeiras no período de 1919 a 1971, atingindo 98 empresas em face de 14 seguradoras estrangeiras.

Tabela 1
Evolução do número de seguradoras no Brasil

Seguradoras	Período		
	1919	1970	1971
Nacionais	41	156	98
Estrangeiras	160	29	14
Total	201	185	112

Fonte: Adaptado de COSTA (1998)

Gráfico 2
Relação seguradoras nacionais e estrangeiras no Brasil



Fonte: Adaptado de COSTA (1998).

Possivelmente, tal inversão ocorreu em virtude das novas exigências legais em relação às seguradoras estrangeiras.

1.2.4. O Sistema Nacional de Previdência

A reforma previdenciária ocorrida em meados do anos 60, unificou cinco dos seis IAPs em um único instituto, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais (com carteira de trabalho assinada, independentemente de ramo de atividade ou categoria profissional), autônomos e empregadores que contribuíssem para esse sistema (MÉDICI, 2003).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, e o INPS se desdobrou em três institutos: (1) Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), cuja atribuição era arrecadação e administração de recursos; (2) INPS, que continuou com suas funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e (3) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), destinado somente a administrar o Sistema de Saúde Previdenciária.

Nesse mesmo período, foram criados os Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o Plano de Pronta Ação (PPA). O primeiro teve por objetivo financiar, através

de recursos públicos, a ampliação de rede de assistência do setor privado¹⁷. O PPA estabeleceu normas para convênios com empresas para prestação de assistência médica¹⁸ e reorganizou as relações da Previdência Social.

Foram também criados o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e seu instrumento financeiro, o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). O SIMPAS passou a ser composto pelos já mencionados IAPAS, INPS e INAMPS somadas as instituições Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e Central de Medicamentos (CEME).

O sistema de previdência privada foi institucionalizado pela Lei 6.435, de 1977, que dispôs sobre essas entidades e instituiu dois sistemas: previdência privada fechada (fundos de pensão) e previdência privada aberta (seguradoras e montepios). A integração dos montepios no SNSP, só se deu com a promulgação da Lei nº 6.435, de 1977.

Em relação à atividade de seguro-saúde, releva destacar que, em 21 de maio 1976, a Resolução CNSP nº 11 normatizou os aspectos econômico-financeiros, atuariais e a precificação¹⁹ dos produtos deste ramo de seguro, autorizando as seguradoras operarem através do sistema de reembolso. Somente a parte assistencial do seguro-saúde não era regulada e fiscalizada.

Em maio de 1979, o art. 3º do Decreto nº 83.483 passou a estabelecer, em relação à composição do CNSP, que *“As atribuições conferidas ao Ministro de Estado da Indústria e do Comércio, na legislação que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados passam à competência do Ministro de Estado da Fazenda”*.

1.2.5. Consolidação das atuais características do MSS

Durante os anos 80, consolidaram-se as atuais características do mercado de planos de saúde. Os preços dos seguros individuais, bem mais elevados do que os coletivos

¹⁷ Exceto o setor filantrópico (Santas Casas e hospitais ligados a ordens religiosas).

¹⁸ Contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo.

¹⁹ Circular SUSEP nº 44, de 22/06/98, que dispõe sobre os critérios de reajuste das mensalidades.

variavam entre faixas etárias com fatores de até 14 vezes entre a primeira e a última faixa (BAHIA, 2001).

Para ilustrar a expansão das Medicinas de Grupo no país, em 1981, segundo dados da ABRAMGE (1999) *apud* TEIXEIRA, BAHIA & VIANNA (2002), essa modalidade respondia pela cobertura de 8,5 milhões de pessoas.

Até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde era quase que exclusivamente formado pelos planos de empresa e, nos últimos anos, modificou-se substancialmente para adquirir a configuração atual. Ao final desta década, fatores como a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde e a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva (em particular, funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações), determinaram a vinculação inequívoca do financiamento privado à assistência médica suplementar (BAHIA & VIANA, 2002).

Conforme DERENGOWSKI (2004), nesse período, ocorreu uma mudança significativa no mercado de planos de saúde, quando as empresas de medicina de grupo passaram a comercializar planos individuais com padrões de cobertura diferenciados²⁰.

A Constituição de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), definiu que a atuação do setor privado também estaria subordinada à regulação pelo Estado (MONTONE, 2004).

Em dezembro de 1988, com a edição da Resolução CNSP nº 16, foi permitido às seguradoras estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao segurado.

De acordo com o art. 1º da Resolução CNSP nº 5, de 31 de março de 1989, foi atribuído à SUSEP, por delegação, competência para processar e opinar sobre os pedidos de autorização para funcionamento de sociedades seguradoras ou de capitalização. Seu parágrafo único dispôs que “*Após atendidos os dispositivos da legislação em vigor, a*

²⁰ Discriminação de preços através da especialização e qualificação dos serviços em função da renda de cada grupo social.

SUSEP deverá encaminhar o pedido devidamente instruído ao Ministro da Fazenda, visando à expedição de Portaria concessiva de autorização para funcionamento.”

1.2.6. Marco legal do Mercado de Saúde Suplementar

O início desta década se destaca pelo marco legal dos direitos do consumidor, com a promulgação, em 1990, do Código de Defesa do Consumidor e pela consolidação dos fundamentos legais do SUS, através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080.

Em função do MSS ter se instalado há cerca de 40 anos e atuado sem regulação específica por todo esse período, muitas empresas acabavam por deixar de ter os necessários comprometimento gerencial e capacidade econômico-financeira para suportar a operação dos serviços de assistência à saúde. Apenas as sociedades seguradoras que operavam o ramo saúde estavam sujeitas a algum tipo de regulação pela SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta e capitalização, muito embora atuassem sem restrições regulatórias no tocante aos aspectos assistenciais da operação.

O cenário que se compôs com o longo período sem regulação foi marcado pela existência de diversas operadoras insolventes e sem estrutura organizada.

Além dessas deficiências organizacionais, estruturais e operacionais, os consumidores, o elo mais vulnerável da relação, desprovidos de instrumentos eficazes para coibir eventuais abusos cometidos, eram desrespeitados das mais variadas formas, como, por exemplo, com a imposição de contratos desvantajosos, unilateralidade na rescisão dos mesmos, prazos de carência exorbitantes, aumentos indiscriminados de preços, e outras formas de contenção da utilização dos serviços de assistência à saúde²¹. Essas foram algumas das razões pela qual se justificou a intervenção do Estado na regulação e supervisão do MSS.

Evidenciada a necessidade de uma atuação controlada do MSS, após anos de discussões e diversos projetos apresentados na Câmara e no Senado Federal, foi sancionada, em meados de 1998, a Lei nº 9.656, marco legal dessa atividade que disciplinou os aspectos

²¹ Nos 30 meses de gestão inicial da ANS, ocorreram 5.972 denúncias que geraram 71 operadoras em regime de

de funcionamento do MSS, ao condicionar o desempenho dessa atividade à autorização estatal prévia, uniformizar os produtos oferecidos no setor e exigir garantias para a manutenção da estabilidade da operação da assistência à saúde.

A regulação, em um primeiro momento, deu-se através de um sistema bi-partite (MONTONE, 2004), que procurou conciliar os aspectos econômico-financeiros, atribuídos inicialmente à SUSEP/MF, com as dimensões assistenciais da operação da assistência à saúde, a cargo do Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), órgão da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS, segundo as normas editadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU).

A Lei nº 9.656, de 1998, em sua redação original, outorgou à SUSEP (órgão regulador e fiscalizador da atividade de seguros), a competência para regular os aspectos econômico-financeiros das operadoras, a partir dos normativos editados pelo CNSP, valendo destacar a autorização de funcionamento, bem como a homologação da cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência de seu controle societário das operadoras de planos de assistência à saúde (OPS).

Por força do art. 9º da Lei nº 9.656/98²², até que fosse regulamentado o registro definitivo de autorização de funcionamento, as operadoras deveriam estar protocoladas na SUSEP para poder comercializar ou operar produtos privados de assistência à saúde.

A SUSEP ficou então responsável pela autorização de funcionamento, aprovação de administradores, análise, acompanhamento e controle da situação econômico-financeira das operadoras. Nesse sentido, a SUSEP editou em 10 de dezembro de 1998 a Circular nº 68, que dispunha sobre os dados cadastrais que as operadoras deveriam enviar. A SUSEP também ficou responsável pela fiscalização e controle dos reajustes de preços de seus produtos. Em 9 de fevereiro de 1999, a SUSEP editou a Circular nº 77 referente aos documentos comprobatórios das informações cadastrais.

A Lei nº 9.656, de 1998, sofreu diversas alterações por sucessivas Medidas Provisórias. Conforme expirava seu prazo, a cada 30 dias, outras Medidas Provisórias (MP) eram

direção técnica, 11 operadoras liquidadas ou em processo de liquidação e 768 multas aplicadas. (MONTONE, 2004).

²² Texto original do art. 9º, “As operadoras de planos privados de assistência à saúde só podem comercializar ou operar planos que tenham sido previamente protocolados na SUSEP, de acordo com as normas técnicas e gerais definidas pelo CNSP.”

editadas, totalizando 45 até a edição da MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que permanece em vigor.

Vale ressaltar que a MP nº 1.908-20, de 25 de novembro de 1999, atribuindo nova redação para o art. 19 da Lei nº 9.656, de 1998, definiu prazo cento e oitenta dias para as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras de planos de saúde requererem o registro definitivo de autorização de funcionamento, prazo este a contar a partir da regulamentação específica pelo órgão regulador.

Com a edição da Medida Provisória nº 1.908-18, ao final de 1999, o papel regulatório, inicialmente incumbido aos Ministérios da Saúde e da Fazenda, passou a estar concentrado no DESAS/SAS/MS, dando-se início a outra etapa do processo.

Ainda, naquele ano, o CONSU transformou-se em Conselho Interministerial, integrado por cinco ministros de Estado, inclusive os Ministérios da Saúde e da Fazenda, que teve suas atribuições ampliadas, passando a abranger os aspectos econômico-financeiros da regulação, e a Câmara de Saúde Suplementar²³ (CSS) como órgão consultivo.

O ano de 2000 representou outro marco para o MSS. Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 28 de janeiro de 2000, o setor passou a conviver com uma agência específica de regulação, normatização, controle e fiscalização dessa atividade.

A ANS, autarquia especial vinculada ao MS, dotada de independência decisória e autonomia financeira e administrativa, possui a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Dentre suas competências, destacam-se as seguintes:

- autorização do registro e funcionamento das operadoras, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário;

²³ Integram a CSS os Ministérios da Saúde, da Fazenda, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho e Emprego, e da Justiça. Também integram esta Câmara, os Conselhos Nacionais de Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde; os Conselhos Federais de Medicina, de Odontologia e de Enfermagem; a Federação Brasileira de Hospitais; a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas; as Confederações Nacionais da Indústria e do Comércio; a Central Única dos Trabalhadores; a Força Sindical; a Social Democracia Sindical; a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização e a Associação Médica Brasileira. Ainda, os representantes das operadoras. Por fim, os órgãos de defesa do consumidor; as associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde e as entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

- fixação de normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras;
- avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
- exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de entrada, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras;
- estabelecimento de critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e
- zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A ANS é dirigida por uma Diretoria Colegiada e conta com unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com seu regimento interno. A Diretoria Colegiada é composta por cinco Diretores, sendo um deles seu Diretor-Presidente, tendo todos mandatos de 3 anos não coincidentes. As cinco diretorias são:

- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE): entre suas atribuições estão a autorização de funcionamento e o acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, sendo responsável também pelos regimes especiais a que estão submetidas às operadoras com problemas administrativos ou instabilidade econômico-financeira (direção fiscal, direção técnica e liquidação extrajudicial) e pela homologação do nome dos administradores indicados pelas operadoras;
- Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO): entre suas atribuições, podem-se destacar as atividades de habilitação, qualificação e acompanhamento dos planos de saúde, sendo responsável também por monitorar preços dos produtos e autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos;

- Diretoria de Fiscalização (DIFIS): é responsável por planejar as atividades de fiscalização assistencial e econômico-financeira das operadoras, implementar ações de apoio e conscientização dos consumidores e articular-se com os órgãos de defesa do consumidor;
- Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES): compete-lhe planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de integração de informações e ressarcimento das operadoras ao SUS, bem como promover a melhoria do desempenho das operadoras setoriais e incentivos à qualidade;
- Diretoria de Gestão (DIGES): é responsável pelo sistema de gerenciamento da ANS (recursos financeiros, humanos, suprimentos, informática etc.), além de controlar a arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar²⁴.

Participa também da regulação do MSS o CONSU e a CSS, sendo que esta última faz parte da estrutura organizacional da ANS, como órgão permanente e consultivo.

Uma das primeiras medidas da nova Agência Reguladora, foi a regulamentação do §1º do art. 19²⁵ da Lei 9656, referente ao registro provisório de autorização de funcionamento, o que se deu pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 5, de 18 de fevereiro de 2000.

Como a ANS não editou, até o momento, a norma de registro definitivo de autorização de funcionamento, além do fato de as operadoras continuarem em situação de registro provisório, foi necessária a implementação de outras regras de entrada e controle operacional para o MSS, em sua maioria, inspiradas no mercado segurador brasileiro.

Em outubro de 2000, com a intenção de uniformizar as demonstrações contábeis e possibilitar a adequada análise do desempenho das operadoras, foi editada a RDC nº 38. Este normativo é resultado de ampla discussão em Câmara Técnica, ou seja, fórum de caráter consultivo, com a participação dos representantes das operadoras. Assim, o Plano de Contas constituiu-se no principal instrumento de controle operacional e de análise da situação econômico-financeira das operadoras.

²⁴ A Taxa de Saúde Suplementar é o tributo instituído para garantir a autonomia financeira da ANS no exercício de sua atividade regulatória.

²⁵ “Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput a partir de 2 de janeiro de 1999.”

Vale destacar que, a Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, ao dispor sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde, demarcou a operação de seguro-saúde como atividade diferenciada dos demais ramos do seguro, exigindo, assim, sua segregação a partir da constituição de uma sociedade seguradora que operasse exclusivamente este ramo, sujeita apenas à regulação pela ANS. Sem embargo, através da edição da RDC nº 65, em 19 de abril de 2001, a ANS recepcionou as principais normas editadas pela SUSEP aplicadas às seguradoras.

Em relação ao envio de dados cadastrais e contábeis para a ANS, da mesma forma que as seguradoras enviam o Formulário de Informações Periódicas (FIP), para as demais operadoras foi implementada a versão 1.0 do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS/ANS), instituído pela Resolução de Diretoria (RE) DIOPE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001. Esse aplicativo, de fundamental importância para a ANS, permite o acompanhamento individual de cada operadora do MSS, bem como subsidia o órgão regulador com dados relevantes para melhor entendimento e avaliação do MSS como um todo.

Também foram criadas, através da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, as exigências de capital mínimo necessárias para operar no MSS que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras. Este normativo, também, foi objeto de Câmara Técnica, com a participação dos agentes do mercado.

No mesmo mês em que foram criadas tais exigências de capital mínimo, a ANS instituiu normas para o exercício do cargo de administrador das operadoras com a RDC nº 79, de 27 de julho de 2001. Este normativo estabeleceu condições para o exercício de cargos em órgãos estatutários das operadoras. Posteriormente, a ANS regulou matéria sobre a transferência de controle societário dessas operadoras, através da RDC nº 83, em 16 de agosto de 2001.

O ano de 2003 foi marcado pela edição das seguintes regras:

- Resolução Normativa (RN) nº 06, de 29 de abril, que dispõe sobre o envio de dados operacionais pelas seguradoras especializadas em saúde;

- RN nº 11, de 22 de julho, que atualizou a matéria relativa exercício do cargo de administrador das OPS, revogando a RDC nº 79/2001;
- RN nº 14, de 24 de outubro, que alterou alguns dispositivos da RDC nº 77/2001 e dispôs sobre a Margem de Solvência das Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde (SES);
- RN nº 29, de 1 de abril, que implementou a versão 2.0 do aplicativo DIOPS;
- RN nº 26, de 3 de abril, que estabeleceu critérios para registro e avaliação contábil de títulos e valores mobiliários para as OPS e SES;
- RN nº 28, de 3 de abril, que instituiu o Plano de Contas aplicável às SES;
- RN nº 40, de 6 de junho, que excluiu a modalidade de Administradora de Serviços prevista na RDC nº 39/2000; e
- RN nº 57, de 19 de dezembro, que dispõe sobre a margem de solvência das OPS e SES.

Após mais de seis anos do marco regulatório do MSS, o art. 8º da Lei nº 9.656/98 e o inciso XXII do art. 4º da Lei nº 9.961/00²⁶, que versam sobre o instituto da “autorização de funcionamento”, ainda não foram regulamentados e as operadoras continuam atuando com registro provisório.

Os quadros que se seguem resumem os principais marcos institucionais das atividades de seguro e saúde suplementar no Brasil bem como apresenta algumas normas de entrada e controle implementadas pela ANS.

²⁶ “Compete à ANS: autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei no 8.884, de 11 de junho de 1994.”

Quadro 1
Principais marcos institucionais das atividades
de seguro e saúde suplementar no Brasil

Ano	Marco institucional
1791	O Alvará Régio, submetendo a atividade do seguro no Brasil às regulações de Lisboa
1808	autorização de funcionamento da primeira empresa seguradora
1850 a 1916	Regulação dos contratos e fiscalização das seguradoras: (principais) <ul style="list-style-type: none"> ■ Código Comercial Brasileiro; ■ Regulamento Murinho; ■ Código Civil Brasileiro.
1937	Princípio de Nacionalização do Seguro (Constituição do Estado Novo)
1966	Decreto-lei nº 73 e Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP)
1998	Lei nº 9.656
2000	Lei nº 9.961

Quadro 2
Algumas normas de entrada e controle do MSS

Data de Publicação no D.O.U.	Número	Ementa
30/10/2000	RDC/39	Definição, segmentação e classificação das operadoras.
19/07/2001	RDC/77	Critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras. Alterada pela RN 14.
22/08/2001	RDC/83	Transferência de controle societário das operadoras.
23/07/2002	RN/11	Institui normas para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS
25/10/2002	RN/14	Margem de Solvência das sociedades seguradoras e altera a RDC 77, que institui critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras.
03/04/2003	RN/27	Revisão do Plano de Contas Padrão.
03/04/2003	RN/28	Plano de Contas aplicável às seguradoras.
03/04/2003 Retificada em 04/04/2003	RN/29	Instituição da versão 2.0 do DIOPS.
19/12/2003	RN/57	Dispõe sobre a margem de solvência das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.
05/02/2004	RN/67	Dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para aceitação como garantidores e dá outras providências.

CAPÍTULO 2

O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ABORDAGEM GERAL

2.1. MODALIDADES DAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Lei nº 9.656, de 1998, veio trazer a definição das operadoras como pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão ou de administração, que operem produto, serviço ou contrato que caracterize plano ou seguro-saúde.

Antes do marco regulatório no MSS, a composição dos agentes desse mercado se dava basicamente por quatro modalidades de operadoras: medicinas de grupo, cooperativas, seguradoras e autogestões (BAHIA, 2001).

A regulamentação editada pela ANS estendeu o leque de classificação das operadoras em função das especificidades de cada organização tanto no que diz respeito à necessidade de se levar em consideração as peculiaridades das operadoras quer na elaboração do Plano de Contas Padrão, quer no estabelecimento de regras de garantias financeiras

Assim, na RDC nº 39, de 2000, foram definidas oito modalidades de operadoras, sendo elas: administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, filantropias, autogestões, medicinas e odontologias de grupo. Quanto às seguradoras especializadas em saúde, estas receberam tratamento específico pela RDC nº 65, de 2001.

Para as modalidades de medicina de grupo, cooperativa médica e filantropia, a mesma RDC nº 39 dispôs sobre sua segmentação, que foram definidas por força da necessidade de dimensionar as despesas assistenciais em rede própria. A norma assim previu em seu art. 4º:

“I - segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II - segmento primário principal / SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

III - segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV - segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

V - segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou

VI - segmento terciário ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.”

Já para o tipo de atenção odontológico, a mesma Resolução, assim previu, no art. 5º, para as odontologias de grupo e cooperativas odontológicas:

“I segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

II segmento misto - SM: as que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou

III segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.”

Para legitimar o processo de implementação deste normativo, foi instalada a Câmara Técnica de Segmentação das operadoras, que contou com a participação consultiva dos representantes dos diversos setores do mercado e representantes de órgãos de classe.

2.1.1. *Administradoras*

Quando da edição da RDC nº 39, de 2000, classificavam-se na modalidade de administradora as empresas que administravam planos e serviços de assistência à saúde, sem assumir o risco da operação e sem possuir rede própria, referenciada ou credenciada.

Dentro da modalidade das administradoras de serviços, estava incluído o cartão de desconto²⁷. No entanto, em 6 de junho de 2003, a RN nº 40, vedou às operadoras a comercialização dos cartões de desconto.

Assim, a nova redação do art. 9º, da RDC nº 39, de 2000, versa que “as administradoras de planos são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde e que, portanto, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, a qual financia tais planos”.²⁸

A nova redação do art. 11, da RDC nº 39, de 2000, dispõe:

*“Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pela contratante, e que não assumem, portanto, o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos”.*²⁹

Ainda de acordo com a RN nº 40, de 6 de junho de 2003, em seu art. 4º:

“As empresas com registro provisório classificadas na modalidade de administradoras de serviços terão o prazo de sessenta dias para solicitar à ANS a adequação de sua classificação, observando os dispositivos da RDC nº 39, de 2000.”

²⁷ Espécie de intermediação da assistência à saúde em que o consumidor, mediante apresentação de um cartão, obtém desconto na prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

²⁸ Nova redação dada pelo Art. 2º da RN nº 40, de 6 de junho de 2003. Os incisos I e II do art. 9º da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, foram revogados.

²⁹ Nova redação dada pelo art. 3º da RN nº 40, de 6 de junho de 2003.

2.1.2. Autogestões

De acordo com o art. 14, da RDC n.º 39, de 2000, classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

Conforme art. 6º da RDC n.º 39, de 2000, as autogestões segmentam-se em:

- patrocinadas, ou seja, entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, e que possuam gestão própria. A autogestão patrocinada poderá ser singular (sistema de autogestão vinculado apenas a um patrocinador) ou multipatrocinada (sistema de autogestão que congrega mais de um patrocinador);
- não patrocinadas - entidades de autogestão que não se classificam como patrocinada, conforme definido no inciso anterior.

As autogestões deverão operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas, só podendo contratar rede de prestação de serviços de assistência à saúde de outra operadora nos seguintes casos: mediante convênios de reciprocidade com entidades congêneres; ou em regiões com dificuldade de contratação direta.

As autogestões patrocinadas estão dispensadas da exigência da escrituração contábil prevista nas normas do Plano de Contas Padrão (RN nº 27/2003, Anexo II, Capítulo I,

item 3.10), assim como da constituição de garantias financeiras (art. 1 ° da RDC n° 77, de 17 de julho de 2001).

A justificativa para essas isenções é que existe uma empresa, a patrocinadora, que se responsabiliza pelo plano de saúde dos seus empregados e dependentes e que, em caso de déficit nas atividades de operação de plano, aportará recursos para que não haja descontinuidade na prestação da assistência à saúde dos participantes. A não-dispensa das patrocinadas destas exigências poderia provocar desinteresse de empresas e entidades em manter programas de assistência à saúde sob a modalidade de autogestão.

É importante destacar que, até o momento, a ANS não regulamentou as relações de patrocínio entre as empresas patrocinadoras e as operadoras patrocinadas.

2.1.3. Cooperativas Médicas

Conforme artigo 12 da RDC n.º 39, de 2000, as cooperativas médicas são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas de acordo com o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência à saúde.

De acordo com UNIMED (2001), os cooperados, ao entrar em uma cooperativa, integralizam quotas de capital, com vistas a cobrir os serviços prestados a seus participantes. Não existe a necessidade de que o montante seja igual para todos e cada cooperado tem direito a apenas um voto em suas assembleias gerais.

Sua estrutura está organizada em “cooperativas de diferentes graus”, constituídas como se segue:

Quadro 3
Estrutura das cooperativas

1º grau	Singular	Área de atuação restrita a um ou mais municípios
2º grau	Federação	Constituídas com um mínimo de três singulares
3º grau	Confederação	Constituída por pelo menos três Federações

Esta integração do sistema não elimina a autonomia das singulares, propiciando, na verdade, vantagens competitivas, pois podem se auxiliar mutuamente.

De acordo com GUERRA (1998), duas singulares não podem apresentar coincidências na área de ação, o que pode levar a uma postura monopolista por parte dessas empresas. Muitas singulares lutam para que seus cooperados atuem exclusivamente em sua cooperativa (unimilitância), gerando conflitos não apenas perante empresas concorrentes, como também em relação a cooperados que não compartilham dessa visão e desejam efetuar o atendimento também para clientes da concorrência.

Segundo DUARTE (2001), as Federações e Confederações podem negociar contratos com empresas de âmbito de atuação regional ou nacional, enquanto as singulares apenas na esfera local. O atendimento é realizado na rede de UNIMEDs locais, a partir do repasse de pagamento. Esse mesmo mecanismo possibilita o intercâmbio de atendimento entre as singulares, o que amplia fortemente a rede de serviços em âmbito nacional. Essa característica operacional é bastante explorada pelo setor de *marketing* da UNIMED.

2.1.4. Cooperativas Odontológicas

De acordo com o art. 13 da RDC n.º 39, de 2000, classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos odontológicos.

A UNIODONTO foi a primeira cooperativa de dentistas formada em todo o mundo. É a maior e mais conhecida das cooperativas que oferecem planos de saúde, com cobertura exclusivamente odontológica, no Brasil e sua estrutura organizacional é semelhante a das UNIMEDs.

Constituído em 1972, o Sistema Nacional Uniodonto reúne mais de 18 mil cirurgiões-dentistas cooperados em todo o país, associados a mais de 170 cooperativas, agrupadas em nove federações regionais (UNIODONTO, 2004).

2.1.5. Filantropias

Conforme art. 17 da RDC n.º 39, de 2000, classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de

Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Originalmente, estes hospitais prestavam serviços às comunidades carentes e sobreviviam de doações. Em busca de novas fontes de financiamento, em função dos baixos valores das tabelas de remuneração do SUS, alguns hospitais filantrópicos passaram a operar planos de saúde.

2.1.6. Medicinas de Grupo

De acordo com o art. 15 da RDC n.º 39, de 2000, classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica e autogestão.

A medicina de grupo foi classificada por exclusão, por conta da dificuldade de se obter uma definição mais pontual sobre esse segmento do mercado durante a Câmara Técnica de Segmentação, por não haver uma forma de sua organização que lhe seja característica (ANS, 2000). É a forma dominante no mercado, tanto em número de operadoras como de consumidores, mas sua maioria é de operadoras de pequeno porte (ALMEIDA, 1998).

A Associação Brasileira de Medicinas de Grupo (ABRAMGE), e o órgão representativo deste setor. As participantes da ABRAMGE podem oferecer cobertura de âmbito nacional em seus planos, mesmo não possuindo unidades em determinadas regiões.

2.1.7. Odontologias de Grupo

Conforme art. 16 da RDC n.º 39, de 2000, classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na cooperativa odontológica.

2.1.8. Seguradoras Especializadas em Saúde (SES)

Dentre as modalidades acima descritas, o MSS possui outra modalidade que não encontra-se definida na RDC n.º 39, de 2000.

Como visto, a comercialização do seguro-saúde data de 1966, quando foi promulgado o Decreto-Lei n.º 73, que rege matéria sobre seguros no país.

As seguradoras que operam o ramo saúde, anteriormente disciplinadas unicamente pelo Decreto-Lei n.º 73, de 1966, e reguladas exclusivamente pela SUSEP, experimentaram período de dupla competência, quando também tiveram que se subordinar à Lei n.º 9.656, de 1998 e à regulação da ANS.

Com a especialização das sociedades seguradoras exigida pela Lei n.º 10.185, de 2001, as que operavam o seguro saúde conjuntamente com outros ramos de seguro, além de providenciarem junto à SUSEP suas respectivas especializações até 1º de julho de 2001, mediante cisão ou outro ato societário pertinente, também tiveram de ratificar seus registros junto à ANS.

De acordo com o art. 2º da Lei n.º 10.185, de 2001, para efeito da Lei no 9.656, de 1998, e da Lei no 9.961, de 2000, o seguro saúde foi equiparado à plano privado de assistência à saúde e as sociedades seguradoras especializadas em saúde como operadoras de planos privados de assistência à saúde.

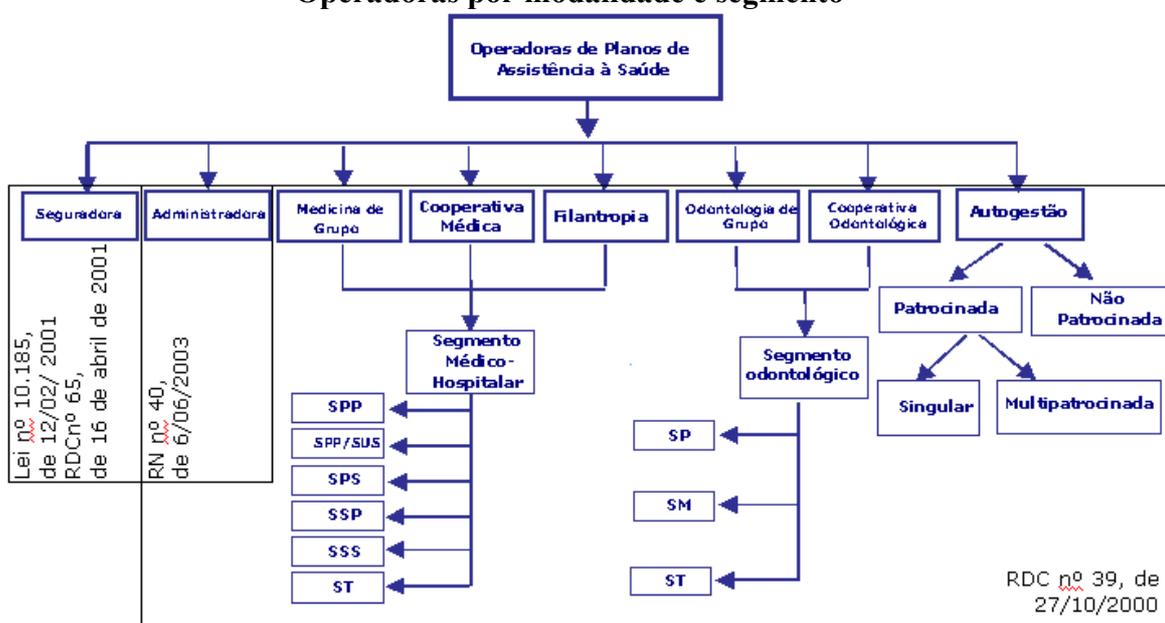
Por fim, de acordo com o art. 3º, no caso da sociedade seguradora não conseguir se adaptar ao disposto na Lei n.º 10.185, de 2001 fica obrigada a transferir sua carteira de saúde para sociedade seguradora especializada já estabelecida ou outra modalidade de operadora, que venha a apresentar o plano de sucessão segundo as normas fixadas pela ANS.

Vale dizer que, até que a ANS regulamente matérias para essas seguradoras, para evitar a descontinuidade da regulação exercida por tantos anos nas seguradoras que operavam o ramo saúde, a RDC n.º 65, de 16 de abril de 2001, recepcionou todas as normas editadas pela SUSEP aplicáveis às seguradoras.

Com o advento da especialização, as seguradoras especializadas em saúde ficaram impossibilitadas de diversificar suas carteiras (“mix de carteiras”) com outros ramos do seguro. Essa diversificação era importante na medida em que, como o ramo saúde apresenta sinistralidade elevada (SUSEP, 1999), esta poderia ser compensada com a operação de outros ramos de seguro de menor sinistralidade.

O diagrama a seguir, apresenta um resumo das modalidades e respectivas segmentações das OPS.

Diagrama 1
Operadoras por modalidade e segmento



Fonte: Adaptado de ANS (2003).

2.2. NÚMEROS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Composto por operadoras de diversos portes, modalidades, distintos modelos de gestão de riscos, com ou sem fins lucrativos, civis ou comerciais e firmas individuais. Para se ter uma idéia da atual amplitude desta atividade, movimenta recursos anuais da ordem de 23 bilhões de reais, que representa cerca de 2,5% do PIB, e atinge aproximadamente 25% da população brasileira, com 38 milhões de beneficiários (ANS, 2003).

Em dezembro de 2003, o cadastro de operadoras da ANS registrava 2.268 operadoras. Deste total, 34,04% são Medicinas de Grupo, seguidas pelas Odontologias de Grupo, com 20,33% e de Cooperativas Médicas com 16,31%, conforme demonstra Tabela abaixo.

Tabela 2
Distribuição de operadoras e beneficiários por modalidade

Modalidades	Qtde. de Operadoras	%	Qtde. de Beneficiários	%
Administradoras de Planos	11	0,49%	4.870	0,01%
Autogestões Não Patrocinadas	128	5,64%	954.477	2,58%
Autogestões Patrocinadas Singulares	172	7,58%	2.872.852	7,77%
Autogestões Multipatrocinadas	38	1,68%	1.594.005	4,31%
Cooperativas Médicas	370	16,31%	9.097.468	24,59%
Cooperativas Odontológicas	172	7,58%	1.220.913	3,30%
Filantropias	130	5,73%	1.327.566	3,59%
Medicinas de Grupo	772	34,04%	11.507.154	31,10%
Odontologias de Grupo	461	20,33%	2.703.382	7,31%
Seguradoras Especializadas em Saúde	14	0,62%	5.714.592	15,45%
Total	2.268	100,00%	36.997.279	100,00%

Fonte: ANS, dezembro de 2003.

Com relação à distribuição de beneficiários por modalidade, verifica-se que as Medicinas de Grupo representam 31,11% do mercado, as Cooperativas Médicas 24,59%. As seguradoras especializadas em saúde, apesar de responderem por apenas 0,62% das empresas, atendem a 15,45% dos beneficiários, enquanto que 20,33% de odontologias de grupo atendem apenas 7,31% dos beneficiários, o que indica que as primeiras, em sua maioria, são operadoras de grande porte e as últimas, de pequeno porte.

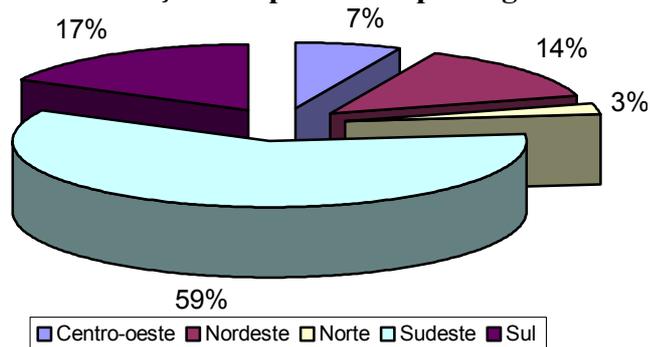
De acordo com Tabela e Gráfico abaixo, do total de 2.268 operadoras registradas na ANS, a Região Sudeste concentra mais da metade (59,48%), enquanto que a Região Norte possui apenas 2,82% deste total.

Tabela 3
Distribuição de operadoras por região

Regiões	Qtde. de Operadoras	%
Centro-oeste	151	6,66%
Nordeste	313	13,80%
Norte	64	2,82%
Sudeste	1.349	59,48%
Sul	391	17,24%
Totais	2.268	100,00%

Fonte: ANS, dezembro de 2003

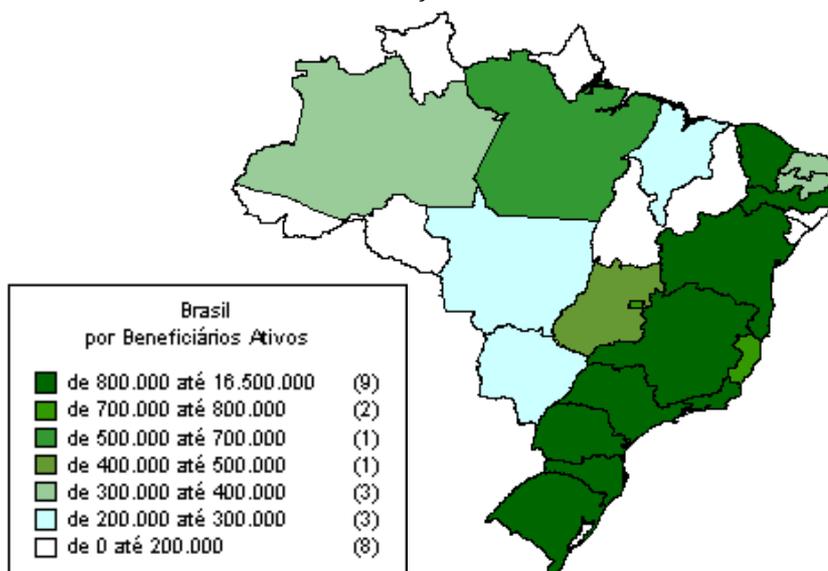
Gráfico 3
Distribuição de operadoras por região



Fonte: ANS, dezembro de 2003

A Figura a seguir, reflete bem a desigualdade regional existente com relação a distribuição de beneficiários no país.

Figura 1
Distribuição de beneficiários no Brasil



Fonte: ANS, dezembro de 2003

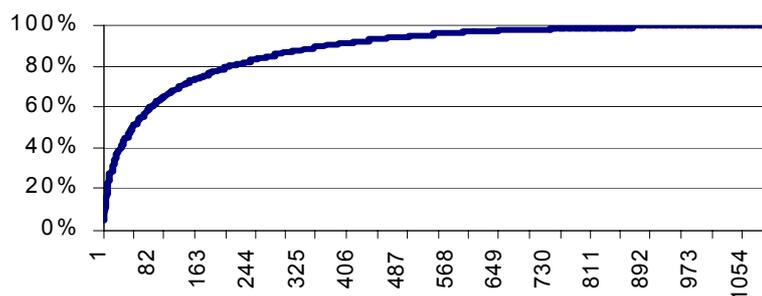
De acordo com a Tabela e Gráfico adiante, pode-se verificar que apesar de 2/3 do MSS ser composto por operadoras de pequeno porte, as operadoras de grande porte, que representam apenas 3% deste mercado, concentram quase metade do total de seus beneficiários.

Tabela 4
Distribuição do mercado por porte

PORTE	Qtde. de Beneficiários	% Operadoras	% Beneficiários
PEQUENAS	< 20.000 BENEF.	66%	22%
MÉDIAS	>20.000 e <100.000	11%	33%
GRANDES	> 100.000	3%	45%
NÃO INFORMARAM	-	21%	-
TOTAL		100%	100%

Fonte: ANS, dezembro de 2003

Gráfico 4
Concentração do mercado: beneficiários x nº operadoras



Fonte: ANS, 4º trimestre de 2002

Da análise desses dados, chega-se à conclusão de que a atividade de saúde suplementar enfrenta um realidade marcada por grandes desigualdades na distribuição de operadoras e beneficiários, seja em termos regionais, seja em relação ao porte.

2.3. CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O MSS atua em uma atividade indispensável e de relevância pública, conforme expresso no art. 197³⁰ da Constituição Federal de 1988, por lidar com um bem imensurável como a saúde humana.

2.3.1. Riscos da atividade de saúde suplementar

Como na atividade seguradora, para que o risco possa ser admissível em contrato, devem ser observadas certas condições fundamentais, ou seja, possível, futuro (não pode ter ocorrido no momento da realização do contrato), incerto (aleatório), independente da vontade das partes contratantes, causador de prejuízo de natureza econômica e quantitativamente mensurável (MENDES, 1977).

A administração do risco dessa atividade é bem complexa, podendo recorrer a avançados processos técnicos e operacionais destinados a minimizar os custos que os efeitos danosos da sinistralidade possam acarretar. Geralmente o risco médico-hospitalar é maior que o risco odontológico, eis que este último não envolve tantos eventos de alto custo ou complexidade.

A existência de distintos modelos de gestão de risco pode ser exemplificada pela modalidade administradora. Conforme já visto, esta modalidade, por administrar planos de terceiros, não assume o risco do negócio na mesma proporção das demais modalidades.

Verifica-se também a existência de operadoras que possuem rede própria outras não. Da análise do modelo de classificação atribuído pela RDC n.º 39, de 2000, as operadoras que concentram suas atividades em redes próprias de serviços tenderão a apresentar menor risco de insolvência em razão de poder gerenciar melhor seus custos, ter maior controle sobre a qualidade dos serviços, bem como possuir maior flexibilidade na formação do preço de venda.

³⁰ “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

Com relação à abrangência de operações das atividades de saúde suplementar, verifica-se que as empresas que operam em nível nacional tenderão a ficar expostas a um risco maior do que aquelas que operam em um único e pequeno município.

2.3.2. Formas de pagamento do plano privado de assistência à saúde

Os planos privados de assistência à saúde, individuais ou coletivos, são oferecidos nas modalidades pré e pós-pagamento e comercializados nas mais diversas regiões do país.

De acordo com ANS (2003), o termo "pré-pagamento" utilizado no Plano de Contas deve ser entendido como o plano de saúde que possui uma mensalidade de valor previamente fixado. Qualquer outra forma de pagamento deve ser classificada como "demais modalidades de pagamento".

A definição da forma de pagamento do plano de assistência à saúde tem reflexos diretos sobre a constituição de garantias financeiras pelas operadoras, pois segundo o § 2º do art. 6º e incisos I e II do art. 7º da RDC Nº 77, de 2001, o cálculo do provisionamento dessas garantias só incidem sobre a modalidade de pré-pagamento.

2.3.3. Falhas de mercado

Como quaisquer economias de mercado, a atividade de saúde suplementar não está alheia e livre de imperfeições em seu funcionamento, que podem resultar em perda de bem-estar social. Tais imperfeições seriam um dos fatores que legitimam a necessidade de regulação dessa atividade, de forma a corrigir distorções que o livre mercado não é capaz de eliminar.

Dos elementos considerados como falhas de mercado³¹ que tornam mercados ineficientes, cumpre dar destaque à assimetria de informação, à seleção adversa, ao risco moral, à indução de demanda e às deseconomias de escala.

³¹ O monopólio natural, as externalidades, os bens públicos e as informações assimétricas.

2.3.3.1. Assimetria de informação

O fato de as operadoras não possuírem plena informação dos riscos de cada indivíduo (assimetria de informação) indica que seus produtos devem ser calculados com base num risco médio.

Os consumidores, conhecedores de suas condições de saúde, ao perceberem que os custos médios dos planos são superiores a seus riscos, deixam de participar do grupo, fato que acarreta o aumento do risco médio. Esse aumento, por sua vez, irá induzir nova saída de outros participantes, formando, assim, um ciclo vicioso.

De outra parte, a capacidade econômico-financeira das operadoras constitui variável importante para os consumidores. Nesse sentido, a falta dessa informação pode influenciar negativamente suas decisões no momento da escolha ótima por uma operadora.

2.3.3.2. Seleção adversa

Na relação operadora-consumidor, há uma tendência de que indivíduos de maior risco (ou probabilidade) de utilização de serviços de saúde adquiram planos privados de saúde, o que é chamado seleção adversa (*adverse selection*). As operadoras para se prevenirem adotam práticas de seleção de indivíduos de baixo risco (*risk-avoidance* ou *cream-skimming*), evitando aqueles com risco elevado.

A seleção adversa demonstra sua perversidade, na medida em que grupos sociais, como idosos e doentes crônicos, imputados a pagarem planos proporcionais a seus riscos, provavelmente serão excluídos por não terem condições de arcar com os elevados custos desses planos³².

O desafio normativo para a ANS refere-se, sobretudo, à clara avaliação dos efeitos gerados pelo regime regulatório sobre a estrutura das operadoras ao definir regras importantes para seleção de risco e para as firmas entrarem e saírem do mercado (COSTA & CASTRO, 2004).

³² Cf. art. 14 da Lei nº 9.656/1998: “Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.”

2.3.3.3. Risco moral

O problema do risco moral (ou *moral hazard*), refere-se ao aumento injustificado na utilização (sobre-utilização) dos serviços de saúde.

As tendências de sobre-utilização dos serviços de saúde podem ocorrer de duas maneiras. No primeiro caso, os consumidores, cientes de que suas despesas com saúde estão completamente cobertas e que, independentemente do volume consumido, seus gastos não irão se alterar, tendem a sobre-utilizar os serviços de saúde. (PAULLY, 1968 *apud* ANDRADE, M.V. & COIMBRA, M.B., 2001)

Na segunda hipótese, o fato de os provedores de saúde atuarem tanto no lado da oferta (prestadores de serviços) como da demanda (por exemplo, médico do paciente que em função de seu desnível de informação ficam impossibilitados de contestar as prescrições médicas) também acarreta a sobre-utilização dos serviços de saúde. Este processo é conhecido por oferta induzindo a demanda.

2.3.3.4. Indução de demanda

A indução de demanda tende a ocorrer de duas formas:

- prestador de assistência médica, em virtude da necessidade de um diagnóstico mais apurado, tende a demandar diversos exames independentemente dos custos agregados nestes procedimentos;
- quando o sistema de saúde utiliza mecanismo de pagamento por procedimento³³, alguns prestadores de assistência médica, podem prover cuidados de saúde em excesso ou executar procedimentos desnecessários para se beneficiarem financeiramente (CASTRO, 2002).

2.3.3.5. Deseconomias de escala

Um dos grandes problemas enfrentados pelas operadoras de pequeno porte são as deseconomias de escala, que, ao contrário do fenômeno da economia de escala, ocorre

³³ Pagamento de uma taxa por cada item de serviço realizado pelos médicos.

devido à existência de muitas pequenas empresas competindo entre si, cada qual com seus custos diferentes, acarretando um custo final de cobertura maior para o consumidor (CASTRO, 2002).

2.4. SIMILARIDADE ENTRE AS ATIVIDADES DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A SEGURADORA

Nas atividades de saúde suplementar e seguros, as técnicas básicas utilizadas em suas operações são as leis estatísticas e o mutualismo, e sua finalidade específica é o restabelecimento do equilíbrio econômico perturbado.

A operação de um plano de saúde baseia-se na seguinte premissa: para qualquer pessoa, a necessidade de assistência a saúde é imprevisível e bastante cara, entretanto relativamente poucos vão necessitar do serviço a todo tempo. Assim, a diluição do risco das grandes despesas assistenciais distribuída por muitas pessoas se faz necessária para tornar o seguro saúde acessível a todos (CHOLLET & LEWIS, 1997).

Portanto, assim como ocorre na atividade seguradora, a operação de um plano de saúde pode ser caracterizada como uma operação na qual várias pessoas, para se protegerem economicamente da possibilidade de realização de um evento determinado, pagam uma pequena remuneração calculada atuarialmente em função de um risco futuro, possível e incerto, pela mera promessa de receberem aquilo que foi contratado, caso ocorra uma eventualidade. Nesse sentido, verifica-se que ambas atividades adotam os mesmos princípios operacionais básicos, ou seja, a previdência, a incerteza e o mutualismo.

A previdência está relacionada ao caráter preventivo do ser humano para si ou para seus bens contra eventuais prejuízos econômicos.

A incerteza está relacionada a possibilidade e o momento de ocorrência de um evento.

O mutualismo é uma característica social na qual grandes prejuízos de alguns são absorvidos pela pequena contribuição da coletividade, ou uma operação aleatória segundo a qual um grupo de indivíduos, suficientemente grande e sujeito a um risco comum, reúne-se com o fim de repartir entre eles os prejuízos sofridos por alguns (MENDES, 1977).

O Quadro a seguir resume os elementos básicos das atividades de saúde suplementar e seguradora.

Quadro 4
Elementos básicos das atividades de seguro e saúde suplementar

	Seguro	Saúde Suplementar
Contratado (*)	Segurador	Operadora
Contratante para si própria	Segurado	Beneficiário
Contratante para outrem	Beneficiário	Beneficiário
Pequena remuneração	Prêmio do seguro	Contraprestação pecuniária
Risco	Risco (**)	Risco (**)
Indenização	Sinistro	Eventos indenizáveis

Fonte: Adaptado de FUNENSEG, 1994.

(*) As operadoras de planos privados de assistência à saúde, da mesma forma que as seguradoras, são as empresas legalmente constituídas para assumir e gerir coletividades de riscos, verificados os critérios técnicos e administrativos específicos.

(**) Possibilidade do evento determinado. Evento aleatório cuja ocorrência acarreta prejuízo de ordem econômica. A efetivação do evento é o sinistro ou eventos indenizáveis.

Em ambas atividades, o contrato é bilateral (define responsabilidades, direitos e obrigações entre as partes), oneroso (não é gratuito para nenhuma das partes), aleatório (dada a imprevisibilidade dos resultados no momento de sua formalização), solene (forma específica prevista em lei), de adesão³⁴ (condições contratuais padronizadas e aprovadas pelo órgão regulador) e de boa-fé.

O seguro-saúde possui uma estreita relação com os planos privados de assistência à saúde. Ambas atividades atendem a finalidade macroeconômica por constituírem-se em mercados geradores de poupança popular e de investimentos, através da acumulação de recursos seja na captação dos prêmios (seguro) ou das contraprestações pecuniárias (operadoras) ou através da constituição de reservas. Nesse sentido, tanto as seguradoras como as operadoras de planos privados de assistência à saúde caracterizam-se como fiéis depositários do dinheiro dos segurados, beneficiários de seguros e de planos de saúde até se exaurir o período do risco contratado. Esta é a razão pela qual há previsões legais para o gravame em nome dos órgãos reguladores (SUSEP ou ANS) dos ativos garantidores das provisões técnicas.

³⁴ Dada a relação de consumo regida por um contrato de adesão, esta atividade é tutelada pelo Código de Defesa do Consumidor.

No caso do MSS, a nova redação do art. 35-L da Lei nº 9.656, de 1998 é inspirada no art. 85³⁵ do Decreto-lei nº 73, de 1966, que regula a atividade seguradora no Brasil.

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

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

Conforme art. 23 da Lei nº 9.656, de 1998, assim como no mercado segurador, as operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas à falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

2.5. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A NECESSIDADE DE REGULAR O MSS

Existem várias razões que justificam a necessidade de regular e supervisionar a atividade de saúde suplementar no Brasil:

- trata-se de atividade econômica complexa e de relevância social, que tem por finalidade a proteção de um grande número de pessoas;
- é uma atividade que atende à finalidade macroeconômica por ser geradora de poupança popular e de investimentos através da captação das contraprestações pecuniárias ou através da constituição de reservas;
- as operadoras se configuram como fiéis depositárias do dinheiro dos beneficiários até se exaurir o período do risco contratado;
- a liquidez e solvência das operadoras é quesito essencial para gerar a credibilidade do público sobre essa atividade;

³⁵ Retificado pelo Decreto nº 296, de 1967.

- situações de insolvência podem implicar graves custos sociais e econômicos para os beneficiários, para o MSS e para o país;
- a completa liberdade de ingresso no MSS de novos entrantes não é desejável, pois que podem permitir fraudes por administradores não comprometidos com a atividade, uma vez que se trata de prestação de serviços eventuais, futuros e incertos.

O estabelecimento de uma regulação e supervisão efetiva dessa atividade se faz necessário na medida que o Estado deve proteger os interesses dos beneficiários, contribuir para a existência de um MSS competitivo, transparente e estável e, com efeito, promover seu desenvolvimento.

CAPÍTULO 3

O MERCADO SEGURADOR BRASILEIRO

Tendo-se discutido, no último tópico, a similaridade entre as atividades de saúde suplementar e seguradora, passa-se a apresentar breves considerações sobre a constituição de sociedades seguradoras e as regras de entrada a este mercado de seguros.

3.1. LEGISLAÇÃO BÁSICA

Para se constituir uma sociedade seguradora é necessário o atendimento de diversos requisitos. A instrução processual encontra-se regulada pelas Circulares SUSEP nº 122, de 2000, e nº 188, de 2002, e Cartas-Circulares DECON nº 743, de 2000, e nºs 01, 04, 05 e 06, de 2002.

A Circular SUSEP nº 260, de 2004, regulamenta os atos societários, a constituição, a transferência do controle acionário e a reavaliação periódica dos imóveis das sociedades seguradoras.

Ressalte-se que os normativos sobre constituição e entrada das sociedades seguradoras ao mercado de seguros tem sido freqüente alvo de preocupação do órgão regulador com a estrutura econômico-financeira do setor, subordinando essas sociedades à seguinte disciplina jurídica apresentada no Quadro abaixo.

Quadro 5
Resumo dos normativos de constituição e entrada
das sociedades ao mercado segurador

Normativo	Ementa	Data
Decreto-lei nº 73	Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e da outras providências.	21/11/1966
Decreto nº 60.459	Regulamenta o Decreto-lei 73, de 21 de novembro de 1966, com as modificações introduzidas pelos Decretos-lei 168, de 15 de fevereiro de 1967 e 296, de 28 de fevereiro de 1967.	13/03/1967
Lei nº 6.404	Dispõe sobre as sociedades por ações.	15/12/1976
Resolução CNSP nº 8	Margem de Solvência para Seguradoras. (Alterada pela Resolução CNSP nº 055/01)	21/07/1989
Parecer AGU GQ-104	Participação de capital estrangeiro.	5/06/1996
Resolução CNSP nº 2	Dispõe sobre a apuração das Margens de Solvência para fins de enquadramento na Tabela constante da Lei nº 7.944, de 20 de dezembro de 1989.	23/4/1998
Circular SUSEP nº 122	Regulamenta os atos societários, as atribuições do Diretor de Relações com a Susep e a periodicidade das reavaliações dos imóveis das Sociedades Seguradoras, de Capitalização, Entidades Abertas de Previdência Privada e Resseguradoras Locais e filiais, representações e inspetorias de produção das Sociedades Seguradoras.	21/3/2000
Carta-Circular DECON nº 743	Informa que os documentos pertinentes a instrução de processos referentes às Assembléias Gerais, às Reuniões dos Conselhos Deliberativos ou de Administração, Constituição de Sociedade, transferência de controle societário e eleição de Administradores, Fiscais e outros órgãos estatutários, realizadas pelas Sociedades de Seguro, de Capitalização e de Previdência Privada.	12/7/2000
Resolução CNSP nº 40	Estabelece o cálculo dos Limites Técnicos das Sociedades Seguradoras e da outras providências.	8/12/2000
Resolução CNSP nº 44	Altera a redação do inciso I do art. 5º da Resolução CNSP nº 002, de 23 de abril de 1998.	8/12/2000
Resolução CNSP nº 55	Dispõe sobre margem de solvência das sociedades seguradoras.	3/9/2001
Resolução CNSP nº 57	Estabelece o cálculo dos limites de retenção das sociedades seguradoras e dá outras providências.	3/9/2001
Resolução CNSP nº 65	Dispõe sobre a eleição de membros da diretoria de órgãos estatutários das sociedades seguradoras, de capitalização e entidades abertas de previdência complementar.	3/9/2001
Resolução CNSP nº 71	Dispõe sobre Limite de Retenção de Grupo.	3/12/2001
Carta-Circular DECON nº 1	A Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, vem alterar e acrescentar a Carta-Circular SUSEP/DECON nº 743, de 12.06.00, em razão das modificações introduzidas pela Lei Complementar nº 109, de 29.05.01, pela Resolução CNSP nº 53, de 03.09.01, e pela Resolução CNSP nº 065, de 03.09.01, cujas disposições deverão ser observadas quando da instrução dos processos submetidos a esta Autarquia.	21/3/2002
Resolução CNSP nº 73	Dispõe sobre o capital mínimo das sociedades seguradoras e de capitalização e entidades abertas de previdência complementar constituídas sob a forma de sociedades por ações, e dá outras providências.	13/5/2002
Resolução CNSP nº 74	Altera a Resolução CNSP nº 65, de 2001, que dispõe sobre a eleição de membros da diretoria de órgãos estatutários das sociedades seguradoras, de capitalização e entidades abertas de previdência complementar, e dá outras providências.	13/5/2002
Circular SUSEP nº 188	Altera a Circular SUSEP nº 122, de 21 de março de 2000.	22/5/2002

Normativo	Ementa	Data
Carta-Circular DECON nº 4	Os documentos encaminhados para a abertura de novos processos referentes a Gerência de Registros e Autorizações (GERAT), do Departamento de Controle Econômico (DECON), por intermédio do Protocolo Geral da SUSEP ou de suas Gerências Regionais, deverão vir acompanhados, do modelo anexo, em duas vias, desta Carta Circular.	7/8/2002
Carta-Circular DECON nº 5	A SUSEP, em razão da revogação das Resoluções CNSP nºs 23, 24 e 25 de 17/07/92, pela Resolução CNSP nº 73 de 13/05/02, face ao disposto no art. 78 de Decreto-Lei nº 73 de 21/11/66, vem pela presente comunicar as providências complementares que deverão ser tomadas.	12/8/2002
Carta-Circular DECON nº 6	A SUSEP, em razão da revogação das Resoluções CNSP nº 23, 24 e 25, de 17/07/92, pela Resolução CNSP nº 73, de 13/05/02, face ao disposto no art. 78 de Decreto-Lei nº 73, de 21/11/66, vem pela presente comunicar a alteração no item 6 da CCI SUSEP/DECON nº 01/02.	15/8/2002
Resolução CNSP nº 85	Dispõe sobre o Patrimônio Líquido Ajustado – PLA exigido das sociedades seguradoras, sociedades de capitalização e entidades abertas de previdência complementar organizadas sob a forma de sociedade anônima, e dá outras providências.	19/8/2002
Resolução CNSP nº 89	Aprova as normas para constituição das provisões técnicas das sociedades seguradoras, entidades abertas de previdência complementar e sociedade de capitalização.	19/8/2002
Circular SUSEP nº 234	Regulamenta a Atribuição de Funções Específicas aos Diretores das Sociedades Seguradoras, das Sociedades de Capitalização e das Entidades de Previdência Complementar Aberta.	28/8/2003
Circular SUSEP nº 249	Dispõe sobre a implantação e implementação de sistema de controles internos nas sociedades seguradoras, nas sociedades de capitalização e nas entidades abertas de previdência complementar.	20/2/2004
Circular SUSEP nº 253	Estabelece questionário sobre os riscos, em especial os de subscrição, suportados pelas sociedades seguradoras e dá outras providências.	12/05/2004
Circular SUSEP nº 260	Regulamenta os atos societários, a constituição, a transferência do controle acionário e a reavaliação periódica dos imóveis das sociedades seguradoras, das sociedades de capitalização e das entidades de previdência complementar aberta e dá outras providências	8/7/2004
Circular SUSEP nº 262	Dispõe sobre a nova versão do Formulário de Informações Periódicas – FIP/SUSEP, aplicável aos mercados de seguros, previdência complementar aberta e capitalização.	9/7/2004
Circular SUSEP nº 263	Altera a Circular SUSEP nº 217 de 13.12.02, que dispõe sobre a transferência de carteira entre as sociedades seguradoras, as sociedades de capitalização e as entidades abertas de previdência complementar.	23/7/2004
Circular SUSEP nº 264	Dispõe sobre a publicação de atos administrativos e societários, por parte das sociedades seguradoras, sociedades de capitalização e entidades abertas de previdência complementar e dá outras providências.	29/7/2004

3.2. REGULAÇÃO E SUPERVISÃO DA ATIVIDADE: PRINCIPAIS REQUISITOS DE ENTRADA

Conforme já verificado, a SUSEP, executora da política traçada pelo CNSP, é o órgão fiscalizador da constituição, organização, funcionamento e operações das sociedades seguradoras.

3.2.1. *Autorização de funcionamento*

Como alguns dos documentos exigidos das sociedades seguradoras necessários para autorização de funcionamento, tem-se: ata da assembléia geral de constituição; estatuto social; boletim de subscrição; comprovante do depósito no Banco do Brasil S.A. referente à integralização em dinheiro do capital social; comprovante da aplicação em Títulos Públicos Federais; e formulário cadastral com *curriculum vitae* dos subscritores e dos administradores.

O procedimento de arquivamento ou registro dos atos constitutivos da sociedade em órgãos públicos federais, estaduais ou municipais só podem ser efetuados após a devida autorização para funcionamento do órgão regulador³⁶.

Concedida a autorização para funcionamento, a sociedade terá o prazo de noventa dias para comprovar perante a SUSEP o cumprimento de todas as formalidades legais ou exigências feitas no ato da autorização. Somente após a concessão da autorização e publicação da respectiva Portaria, as seguradoras deverão publicar seus atos constitutivos no diário oficial e em outro jornal de grande circulação; arquivar na Junta Comercial; e publicar a respectiva Certidão de Arquivamento. (SUSEP, 2004)

3.2.2. *Forma jurídica permitida para a constituição de sociedade seguradora*

Conforme art. 24 do Decreto-lei nº 73, de 1967, no caso das sociedades seguradoras, somente é admitida sua constituição na forma de sociedades anônimas, seguindo-se, com efeito, o disposto na Lei nº 6.404, de 1976, que disciplina a natureza e características dessas sociedades.

³⁶ “Começa a existência legal das pessoas jurídicas de direito privado com a inscrição do ato constitutivo no respectivo registro, precedida, quando necessário, de autorização ou aprovação do Poder Executivo, averbando-se no registro todas as alterações por que passar o ato constitutivo” (art. 45, caput do Novo Código Civil Brasileiro).

3.2.3. Plano de negócios

Um plano de negócios deve conter, no mínimo: estabelecimento de objetivos estratégicos; definição dos principais produtos e serviços a serem operados e público-alvo; tecnologias a serem utilizadas na colocação dos produtos e dimensionamento da rede de atendimento; estabelecimento de sistema de contingenciamento para evitar quaisquer eventualidades que inviabilizem a continuidade de suas operações (sistemas de backups, canais extras de comunicação com os consumidores etc); e definição de prazo máximo para início das atividades após a concessão da autorização de funcionamento (KPMG, 2003).

Para o mercado segurador, a Resolução CNSP nº 73, de 2002, prevê, em seu art. 15, que a autorização para funcionamento como sociedade seguradora depende de apresentação prévia à SUSEP de plano de negócios que demonstre a capacidade da empresa requerente em atender às obrigações decorrentes da operação de seguros.

3.2.4. Regras de Capital Mínimo

A fixação de capitais mínimos para as operações de seguro é um importante instrumento de controle da solvência. Quando do início das operações, serve como balizamento da capacidade da seguradora em assumir novos riscos e, com o decorrer do tempo, seu valor deve ser continuamente revisto em função de novos riscos a serem assumidos.

O valor do capital mínimo é estabelecido em função dos ramos de atuação e das regiões (Unidades da Federação) em que as seguradoras pretendam operar.

O capital mínimo será composto de um valor fixo correspondente à autorização para atuar nos ramos (elementares ou vida) e de parcela variável de acordo com as unidades federativas em que pretende operar. Para obtenção da autorização de funcionamento a operadora deve comprovar junto a SUSEP o depósito de 50% de seu valor.

3.2.5. Regras para administradores das sociedades seguradoras

Sabendo-se que, entre as causas de insolvência de seguradoras, uma das principais é a má gestão, torna-se fundamental certificar-se da capacidade, qualificação e reputação dos administradores. Nesse sentido, pelo órgão regulador deve ser exigido dos

administradores comprovação de capacitação técnica compatível com as atribuições inerentes ao cargo com base na formação acadêmica (*e.g.* possuir nível superior de escolaridade), idoneidade e experiência profissional.

3.2.6. Controles internos

O sistema de controles internos refere-se à totalidade de políticas e procedimentos instituídos pela administração de uma empresa, para assegurar que os riscos inerentes a suas atividades sejam reconhecidos e administrados adequadamente. É constituído por um conjunto de normas e procedimentos que visa assegurar o alcance de três objetivos básicos. (KPMG, 2004).

- eficiência e eficácia dos controles operacionais e de negócios, com ênfase para a área com maior exposição ao risco;
- atendimento a políticas e procedimentos aprovados; e
- qualidade da informação para a administração.

Sistemas eficientes de controles internos atingem esses objetivos por meio de: políticas adequadas de gestão de risco, de limites e outros controles; sistemas de informação e relatórios para identificação, avaliação, controle e acompanhamento de todos os riscos inerentes às atividades da operadora; governança institucional sólida; estruturas organizacionais apropriadas; requisitos e procedimentos operacionais detalhados; atividades periódicas de verificação e auditoria para evitar perdas decorrentes de erros, fraudes, roubos, apropriação indébita ou de resultado de ações judiciais; procedimentos para comunicação das políticas e controles internos a toda a instituição.

Os controles internos, cujas disposições devem ser acessíveis a todos os empregados da sociedade, devem, entre outros: definir responsabilidades dentro da sociedade; prever a segregação de funções de seus integrantes; acompanhar sistematicamente as atividades desenvolvidas, de forma a avaliar se os objetivos estão sendo alcançados, se os limites estabelecidos, as leis e os regulamentos aplicáveis estão sendo cumpridos; bem como assegurar a pronta correção de eventuais desvios.

A diretoria da sociedade é responsável por: definir as atividades e os níveis de controle para todos os negócios; estabelecer os objetivos dos mecanismos de controles e seus procedimentos; verificar sistematicamente a adoção e o cumprimento dos procedimentos definidos; avaliar continuamente os diversos tipos de riscos associados às atividades da sociedade; acompanhar e implementar a política de conformidade de procedimentos, com base na legislação aplicável, revendo-a semestralmente; e implantar política de prevenção contra fraudes.

As atividades de controle devem ser parte integrante das atividades diárias de uma sociedade. Para que este sistema seja efetivo, é necessário que seja consistente com a natureza, complexidade e risco assumido. Todas as pessoas da organização devem entender suas respectivas funções nos processos de controle interno além de estarem totalmente engajadas no processo.

Uma avaliação objetiva da administração pode fornecer uma visão valiosa a respeito das tendências percebidas no passado recente e é especialmente importante na elaboração de conclusões a respeito da viabilidade futura da instituição. O desempenho da administração na execução dessas amplas responsabilidades é o fator isolado mais importante que afeta, no longo prazo, a solidez e a viabilidade de uma sociedade.

De acordo com a Circular SUSEP nº 249, de 2004, as sociedades seguradoras, independentemente do porte, devem implementar sistemas de controles internos de suas atividades, de seus sistemas de informações e do cumprimento das normas legais e regulamentares a elas aplicáveis, até 31 de dezembro de 2004. Esses controles devem ser periodicamente revisados e atualizados, de forma que sejam incorporadas medidas relacionadas a novos riscos, a fim de que sejam efetivos e consistentes com a natureza, complexidade e risco das operações realizadas.

3.2.7. Permissão para ingresso de empresas estrangeiras

A partir da nova interpretação para o disposto no art. 52 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988³⁷, deixou de existir qualquer limitação para a participação de capital estrangeiro nas sociedades seguradoras. Apenas há restrição com relação à constituição de sucursal de seguradora estabelecida no exterior, competindo privativamente ao Presidente da República sua autorização.

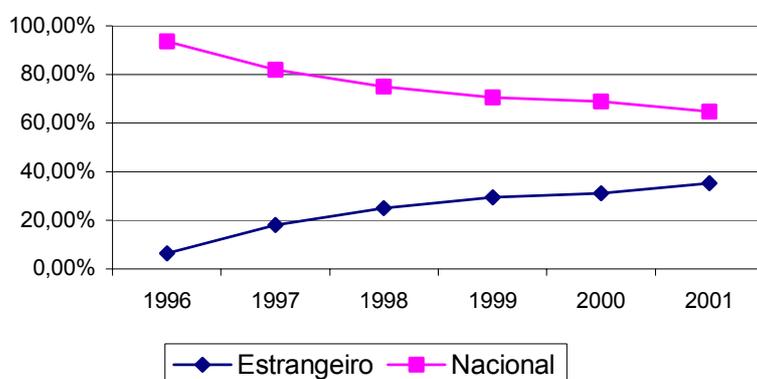
A Tabela e Gráfico a seguir demonstram o aumento na participação do capital estrangeiro na atividade de seguros privados no Brasil no período de 1996 a 2001.

Tabela 5
Participação de capital estrangeiro no valor total de prêmios

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Estrangeiro	6,33%	17,94%	25,05%	29,54%	31,10%	35,17%
Nacional	93,67%	82,06%	74,95%	70,46%	68,90%	64,83%

Fonte. Anuários Estatísticos SUSEP e FIP.

Gráfico 5
Participação de capital estrangeiro no valor total de prêmios



Fonte: Adaptado de Anuários Estatísticos SUSEP e FIP.

³⁷ Parecer AGU GQ 104, de 05 de junho de 1996.

CAPÍTULO 4

MERCADO SEGURADOR: PANORAMA INTERNACIONAL

4.1. MERCADO COMUM DO SUL (MERCOSUL)

O objetivo deste tópico é apresentar um panorama das principais negociações em matéria de seguros em andamento entre os quatro países membros do MERCOSUL.

Vale dizer que o MERCOSUL tem como principais objetivos a adoção de uma política comercial comum que assegure condições adequadas de concorrência, harmonização de legislações e reciprocidade de direitos e obrigações, com vistas à livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre seus países membros: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

O MERCOSUL é composto pelo Conselho do Mercado Comum (CMC), responsável pela condução política e tomada de decisões e pelo Grupo Mercado Comum (GMC), órgão executivo, constituído por dez Sub-Grupos de Trabalho, foro das discussões técnicas, cuja tarefa principal é a proposição de medidas que visem ao alcance dos objetivos do Bloco.

Em março de 1992, foi criada, por iniciativa da SUSEP, a Comissão Técnica de Seguros (CTS), dando-se início a um foro de discussão que se concentrou nas condições de entrada e de exercício pelas sociedades seguradoras do Bloco.

No início do MERCOSUL, os mercados de seguros dos quatro países integrantes do bloco possuíam sistemas nacionais de seguros bastante divergentes. Desde 1992, quando se deu o início às negociações, essas assimetrias vêm se reduzindo gradativamente, como aponta novo estudo elaborado em 1998 (SUSEP, 2004).

Em 1992, somente a Argentina e Brasil apresentavam órgão fiscalizador específico para as atividades de seguro e resseguro, mas, atualmente, o Paraguai e o Uruguai dispõem de órgão fiscalizador específico para essas atividades.

No caso do Brasil, existem dois órgãos responsáveis pela regulação dessas atividades, ou seja, a SUSEP, na área de seguros, e o IRB para resseguros.

O instituto do resseguro é de livre concorrência na Argentina, Paraguai e Uruguai. Apenas no Brasil o resseguro ainda é um monopólio. A eliminação desta restrição, no caso brasileiro, foi autorizada pela Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, mas, até o momento, ainda não ocorreu a abertura efetiva do mercado ressegurador³⁸.

O Uruguai, desde 1912, não regulava a entrada de seguradoras, pelo que as sociedades operavam sem a necessidade de autorização prévia, sendo fato recente a implementação da autorização prévia por aquele país. Dessa forma, todos os países do Bloco adotam, sem restrições, o sistema de autorização prévia para o mercado segurador em seus respectivos países.

Em 1992, ao contrário de Argentina, Brasil e Paraguai, apenas o Uruguai não exigia capital mínimo. A Argentina e Paraguai exigem sua integralização imediata e total enquanto no Brasil, a integralização é de 50%. Em 1998, observa-se que o Uruguai já exige capital mínimo a ser integralizado imediatamente em sua totalidade.

O Uruguai era o único país, em 1992, que não possuía regulamentação definindo as formas jurídicas permitidas para o mercado segurador. Naquele ano, a Argentina admitia as formas legais de sociedades anônimas, mútuas e cooperativas, ao passo que Brasil e Paraguai admitiam as formas de sociedades anônimas. Em 1998, verifica-se que o Uruguai regulamentou a matéria, passando a admitir apenas sociedades anônimas.

Quanto à participação de capital estrangeiro, em 1992, somente o Brasil restringia sua entrada. No Brasil, após a orientação da Advocacia Geral da União, no Parecer AGU GQ 104/1996, tal restrição deixou de existir, já se verificando, principalmente a partir de 1998, participação relevante do capital estrangeiro no mercado segurador brasileiro.

Os órgãos reguladores participantes da Comissão Técnica de Seguros do MERCOSUL, objetivando possibilitar uma melhor compreensão e transparência das informações fornecidas pelas diversas sociedades dos Países membros, direcionaram suas

³⁸ Sobre a Lei nº 9.932, de 1999, foi impetrada pelo Partido dos Trabalhadores a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.223-7, tendo o Supremo Tribunal Federal (STF) suspenso liminarmente sua eficácia. No julgamento final ocorrido em 2 de setembro de 2004, entendeu aquela Corte pela constitucionalidade da Lei.

negociações na busca da harmonização das condições de entrada e de exercício, como se pode constatar no panorama apresentado no Quadro a seguir.

Quadro 6
Países integrantes do Mercosul - Panorama evidenciado em 1998

	ARGENTINA	BRASIL	PARAGUAI	URUGUAI
Regulação e Supervisão da Atividade	Sim (seguro e resseguro)	Sim (SUSEP para seguro e IRB para resseguro)	Sim (seguro e resseguro)	Sim (seguro e resseguro)
Resseguro	Livre	Monopólio do IRB	Livre	Livre
Autorização prévia para funcionamento	Sim	Sim	Sim	Sim
Formas Jurídicas permitidas	Sociedades Anônimas, mútuas e cooperativas	Sociedades Anônimas, com ações nominativas; cooperativas de saúde e agrícolas;	Sociedades anônimas, com ações ao portador	Sociedades anônimas, com ações nominativas
Capital estrangeiro	sucursais ou agências de empresas estrangeiras	filiais de empresas estrangeiras	sucursais estrangeiras	SI
Capital Mínimo	integralização imediata de sua totalidade	integralização imediata de 50%	integralização imediata de sua totalidade	integralização imediata de sua totalidade
Plano de Negócios	(1)	(2)	SI	Sim (últimos três anos)

Fonte: Adaptado de SUSEP, dezembro de 2003.

(1) O projeto de lei requer um plano de negócios para os primeiros três anos.

(2) Foi introduzido recentemente mas ainda depende de regulamentação.

SI – Sem informação

4.2. ORGANISMOS INTERNACIONAIS QUE CONGREGAM ÓRGÃOS REGULADORES DE SEGUROS

Este capítulo objetiva apresentar os padrões de supervisão e licenciamento das duas associações internacionais de supervisão de seguros: a Associação Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS) e a Associação de Superintendentes de Seguros da América Latina (ASSAL). São referências objetivas, com objetivo de oferecer uma base de princípios e padrões de alcance internacional em matéria de autorização de funcionamento para que os órgãos reguladores possam aplicar, de acordo com seus marcos jurídicos e suas circunstâncias particulares.

4.2.1. Associação Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS)

A *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS), que atualmente é integrada por cerca de 100 países membros, inclusive o Brasil, foi estabelecida em 1994 para desenvolver princípios internacionais e padrões para supervisão de seguro e para aprimorar os sistemas de supervisão da indústria de seguro por meio de cooperação e assistência mútua.

Os objetivos da IAIS, em resumo, são: promover a cooperação entre órgãos reguladores de seguros; estabelecer *standards* internacionais para a supervisão de seguros; promover formação para os seus membros; e coordenar trabalhos com os órgãos reguladores de outros sectores financeiros e instituições financeiras internacionais.

Desde 1999 a IAIS iniciou parceria com representantes das associações profissionais como membros observadores, ou seja, associações industriais, profissionais, companhias de seguro e de resseguro, consultores e instituições financeiras internacionais.

O IAIS tem estreita colaboração com outras organizações de padronização do setor financeiro e organizações internacionais, com vista à promoção da estabilidade financeira. Organiza uma Conferência Anual onde órgãos reguladores, representantes do setor e outros profissionais discutem os desenvolvimentos no mercado de seguros e tópicos que afetam a regulação do setor.

Um Comitê Executivo, cujos membros representam diferentes regiões geográficas, lidera o IAIS. É suportado por três Comitês principais - o Comitê Técnico, o dos Mercados Emergentes e o do Orçamento. Estes Comitês organizam sub-comitês, subgrupos e grupos de trabalho, por forma a melhor atingir os objetivos a que se propõem.

4.2.2. Associação de Superintendentes de Seguros da América Latina (ASSAL)

A *Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina* (ASSAL) é um organismo internacional que agrupa as autoridades máximas de seguros da América Latina, onde participam 22 países membros: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Dominicana, Uruguai e Venezuela, além de Espanha e Portugal.

Dentre os objetivos da ASSAL podem-se destacar: o intercâmbio de informações sobre legislação, métodos de controle, características dos mercados e sistemas de operações de cada país membro em matéria de seguros e resseguro; a coleta e difusão de informações técnicas e estatísticas; a promoção de atividades de cooperação; e a harmonização das políticas e mecanismos de supervisão dos países membros.

A ASSAL busca seguir os princípios gerais adotados pela IAIS.

4.2.3. *Requisitos para a concessão do licenciamento da IAIS*

O licenciamento refere-se à autorização formal para operar no mercado nacional de seguros, sob leis domésticas (IAIS, 2002).

O procedimento para autorização tem início quando a sociedade apresenta documento de que pretende operar com seguros, contendo as informações relativas aos tipos de negócio que deseja atuar, tipos de riscos que pretende assumir, informações sobre os acionistas, administradores etc. De posse de tais informações e documentos, inicia-se o processo de exame e investigação.

A vida ativa de uma seguradora começa quando a autorização foi concedida, estando, a partir daí, sujeita à supervisão contínua do órgão regulador. Os requerimentos que antes foram pré-requisitos para a autorização ser concedida, como por exemplo, adequação de capital, capacitação dos administradores etc, devem ser atendidos em todos os momentos das operações de negócio.

Em princípio a autorização deve ser concedida por período ilimitado (dado que o seguro é, por natureza, um negócio de longo prazo) e renováveis em intervalos regulares (por exemplo, anualmente).

4.2.3.1. Estatuto ou contrato social

Depende de cada país se o registro do estatuto ou contrato social da sociedade é feito antes ou depois que a autorização foi concedida. No entanto, independentemente se a sociedade efetuou sua inscrição no registro de comércio ou não, somente serão consideradas seguradoras após a obtenção da autorização pelo órgão regulador.

4.2.3.2. Forma jurídica da sociedade

Não há restrições com relação à forma jurídica da sociedade, ficando a critério de cada jurisdição a definição dos tipos a serem permitidos.

Quanto ao local da sede da sociedade, a legislação deve exigir que se situem dentro da jurisdição onde a autorização foi concedida.

No caso de seguradoras estrangeiras, a autorização deve ser dada pelo órgão regulador, desde que o negócio de seguros seja operado pelo escritório local, que dependendo de cada jurisdição, pode ser uma subsidiária, uma sucursal ou uma filial no mercado nacional.

4.2.3.3. Objeto social da sociedade

No que diz respeito ao objeto social da sociedade, é vedado às seguradoras operar outras atividades que não tenham conexão com suas operações de seguro, devendo seu objetivo estar claramente definido no estatuto ou contrato social.

4.2.3.4. Plano de negócios

O plano de negócios poderá ser exigido da sociedade, que deverá informar sua proposta de negócios, bem como comprovar sua capacidade financeira para cumprir com as obrigações assumidas em todos os momentos dos três anos iniciais de operação.

Assim, a sociedade deve:

- apresentar sua política de resseguros, para que o órgão regulador possa verificar se a resseguradora dispõe de garantias financeiras suficientes;
- estimar os custos que serão incorridos no início das operações, além de comprovar que os recursos financeiros estarão disponíveis;
- descrever como será a gestão dos contratos a serem firmados e quais canais de distribuição dos produtos (*e.g.*: corretores, agentes etc.);
- apresentar projeção esperada da evolução da sociedade em forma de fluxo de caixa;
- apresentar balanços simplificados e liquidez esperada; e
- informar os tipos de ramos de seguro que pretende operar.

Vale dizer que os tipos de riscos e obrigações que a companhia se propõe a assumir são particularmente importantes para se determinarem os recursos financeiros necessários para o início das operações.

Em se tratando de seguradora nova, o órgão regulador deve efetuar rigoroso monitoramento durante os três primeiros anos, a fim de verificar a compatibilidade da atividade ao plano de negócios.

No caso de a sociedade não conseguir cumprir com as condições da autorização ou ser incapaz de entregar um plano satisfatório, o órgão regulador deve retirar a autorização.

4.2.3.5. Capital mínimo

A constituição de capital mínimo exigido para início da operação de uma seguradora é requerimento fundamental para obtenção da autorização. O capital mínimo, fixado por lei, deve levar em consideração o tipo de risco a ser assumido pela seguradora e, em hipótese alguma, deve ser utilizado para compensar flutuações previsíveis na operação de alguns riscos.

O órgão regulador deve se assegurar que o capital mínimo foi constituído, depositado ou investido dentro da jurisdição, em ativos que possuam segurança, liquidez, rentabilidade e de forma que estejam imediatamente disponíveis, se necessário.

Algumas jurisdições exigem um “limite de retenção”³⁹, de forma que o risco coberto por um contrato individual (não cedido a uma resseguradora) não exceda a dado percentual do capital mínimo.

4.2.3.6. Adequação dos administradores

A maioria dos problemas na área de seguros é quase sempre devido à má-administração da sociedade.

O órgão regulador deve se certificar da capacidade, qualificação, confiabilidade e reputação dos candidatos ao cargo de administrador. Nesse sentido, deve ser exigida do

³⁹ É a garantia máxima que a seguradora guarda em cada risco isolado.

requerente a comprovação de conhecimento prático e teórico em seguro, experiência administrativa, além de comprovar boa reputação e confiabilidade.

Para tanto, deve-se exigir da seguradora documentação onde fique demonstrado o conhecimento, a experiência, a habilidade e capacidade dos administradores. Também deve proibir que os administradores ocupem mais de uma função de modo a evitar conflito de interesse (segregação de funções).

O órgão regulador poderá desqualificar a indicação daqueles que não atendam os requisitos necessários.

Ainda quanto às qualificações profissionais, o órgão regulador deve se certificar sobre a confiabilidade e boa reputação dos atuários e auditores, devendo levar em consideração o registro nos órgãos de classe.

Já a responsabilidade pela avaliação da aptidão e adequação dos funcionários-chave é da própria seguradora. A legislação deve definir quem são os funcionários-chave que devem atender aos pré-requisitos exigidos. Os funcionários que ocupam postos-chave podem variar de acordo com a estrutura da sociedade. Assim que a seguradora toma ciência de fatos relevantes a respeito da adequação desses funcionários deve notificar o órgão regulador.

O órgão regulador, quando necessário, deve manter intercâmbio com outros órgãos reguladores, inclusive de outros países, para obtenção de informações pessoais dos administradores para verificação de sua adequação.

4.2.3.7. Acionistas

Assim como ocorre com os administradores, o órgão regulador também deve verificar a confiabilidade e reputação dos principais acionistas, sejam pessoas físicas ou jurídicas, de modo a formar convicção de sua capacidade de atender aos interesses da sociedade, sendo também relevante a sua capacidade financeira.

Nos casos em que os proprietários não estejam devidamente capacitados, o órgão regulador deve estar apto a tomar as medidas cabíveis, podendo até requerer que abram mão de sua participação na sociedade.

São fatos relevantes em relação aos acionistas que impedem o órgão regulador de conceder a autorização:

- se enfrentam dificuldades financeiras;
- se estiverem direta ou indiretamente envolvidos em transações ilegais;
- se pretendem utilizar a seguradora para fins ilícitos (e.g.: lavagem de dinheiro);
- se tentam obstruir a supervisão do órgão regulador.

4.2.3.8. Governança corporativa

A expressão governança corporativa é designada para abranger assuntos relativos ao poder de controle e direção de uma empresa, bem como as diferentes formas e esferas de seu exercício e os diversos interesses que, de alguma forma, estão ligados à vida das sociedades.

O conceito de governança corporativa inclui práticas e relacionamentos entre os acionistas/cotistas, conselho de administração, diretoria, auditoria independente e conselho fiscal, com a finalidade de otimizar o desempenho da sociedade e facilitar o acesso ao capital. A governança corporativa assegura equidade, transparência, prestação de contas (*accountability*) e responsabilidade pelos resultados (IBGC, 2004)⁴⁰.

Refere-se, portanto, à maneira como os administradores supervisionam o negócio, inclusive quanto aos meios pelos quais são responsabilizados por seus atos. Significa disciplina corporativa, transparência, responsabilidade final, integridade, além de responsabilidade social. Divulgação precisa e acurada da situação financeira e performance da sociedade são partes da estrutura de governança corporativa, bem como *compliance*⁴¹ a leis e regulamentos.

⁴⁰ O IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa é o único órgão criado com a meta principal de contribuir para otimizar o conceito de Governança Corporativa nas empresas do país. Ao abraçar esta missão, o Instituto visa cooperar com o aprimoramento do padrão de governo das empresas nacionais, para seu sucesso e perpetuação (IBGC, 2004).

⁴¹ O termo *compliance* tem origem no verbo *to comply*, que significa agir de acordo com uma regra, um pedido ou um comando. Os funcionários dos Compliance Office (Departamentos de Compliance) têm, portanto, a função de monitorar e assegurar que a instituição esteja cumprindo as regras aplicáveis a cada negócio.

Os administradores são o ponto central do sistema de governança corporativa. São os responsáveis pela performance e condução dos negócios da seguradora. Suas responsabilidades devem ser consistentes com as regras de estrutura de governança estabelecidas na jurisdição.

Em geral as regras de governança corporativa existentes são de caráter geral, para qualquer tipo de sociedade. Nesse sentido a IAIS define diversos critérios que se mostram necessários para o órgão regulador adotar para o mercado segurador, os quais devem considerar o tamanho, a natureza e a complexidade da seguradora;

Alguns desses critérios são:

- definir a responsabilidade e o comprometimento dos dirigentes com os princípios de governança corporativa;
- estabelecer políticas e estratégias, os meios de atingi-los, bem como os procedimentos de monitoramento e avaliação de seu progresso, devendo rever regularmente a *compliance* a essas políticas;
- supervisionar as funções da gerência de risco, visando monitorar os tipos de risco assumidos pela seguradora, estabelecendo-se, para esse fim, funções de auditoria, atuária, controles internos rígidos, entre outras;
- distinguir as responsabilidades, tomada de decisões, interações e cooperações entre os diversos níveis existentes na administração;
- estabelecer padrões de conduta ética da empresa;
- estabelecer políticas de incentivo e remuneração que devem ser revistas periodicamente;
- assegurar que a seguradora está atendendo todas as leis, regulamentos e o código de conduta estabelecido;
- ter completo conhecimento, capacitação e comprometimento para fiscalizar efetivamente a seguradora;

- estabelecer e rever periodicamente políticas para resolução de conflito de interesses, tratamento adequado dos clientes e divulgar informação para acionistas;
- atender prontamente as solicitações do órgão regulador.

4.2.3.9. Controles internos

O órgão regulador deve requerer da seguradora a implementação de controles internos adequados à natureza e escala do negócio.

O sistema de controles internos procura verificar se:

- o negócio da operadora é conduzido de maneira prudente e em consonância com as políticas e estratégias estabelecidas pela administração;
- há controle efetivo dos ativos por parte da seguradora;
- os registros contábeis, bem como os demais registros da empresa, estão completos, fidedignos, verificados e disponibilizados em tempo hábil;
- os administradores são aptos para identificar, estimar, gerenciar e controlar os riscos do negócio, além de ter capital suficiente para arcar com tais riscos;

O sistema de controles internos é instrumento fundamental para um gerenciamento de risco efetivo e garantia de uma operação segura e equilibrada, sendo item essencial o estabelecimento de um adequado sistema de comunicação e informação em todos os níveis da administração. Qualquer falha identificada no sistema deve ser prontamente comunicada aos administradores, para que possam ser tomadas as medidas apropriadas.

São critérios a serem observados no sistema de controles internos:

- os administradores são responsáveis pelo estabelecimento e manutenção de sistemas de controles internos efetivos;
- a estrutura de controles internos deve estabelecer regras de delegação de competência (autoridade e responsabilidade) e segregação de funções;

- a auditoria externa, interna, atuarial e de *compliance* são partes integrantes da estrutura de controles internos.

4.2.3.10. Transferência de controle acionário e de carteira

O órgão regulador pode aprovar ou rejeitar propostas de alteração do controle acionário de uma seguradora, em conformidade com o conceito de participação acionária significativa definido na legislação da jurisdição.

Também deve ser notificado quando ocorrerem alterações no controle acionário de acordo com a participação pretendida. Essas alterações oscilam entre 5 e 10% do total de ações ou cotas.

Nas jurisdições em que a transferência do controle acionário depende de aprovação do órgão regulador, deve este exigir que os potenciais novos acionistas tenham recursos para investir na sociedade, assim como a capacidade adicional para suportar o negócio.

Enquanto que a transferência de controle acionário surte efeito indireto na relação entre seguradora e segurado, a transferência de carteira interfere diretamente. Por essa razão o órgão regulador deve monitorar atentamente essa operação. Transferências de carteira, por fusão de seguradoras ou qualquer outra forma de alteração societária, não devem ser motivo para rescisão unilateral de contrato com os segurados e, para proteger seus interesses, a legislação deve restringir a capacidade da seguradora em transferir suas obrigações com segurados.

4.2.3.11. Avaliação e gerenciamento de risco

A seguradora deve identificar, entender e gerenciar os riscos significativos a serem assumidos. Um sistema de gerenciamento de risco efetivo e apropriado às dimensões e complexidade dos negócios da seguradora deve evidenciar, de forma contínua, os limites de tolerância e exposição da seguradora aos riscos, além de identificar os que são potenciais.

Alguns riscos são específicos da atividade seguradora, como o de subscrição. Os demais são similares aos das instituições financeiras, como por exemplo, riscos de mercado, operacionais, legais, de crédito etc.

O órgão regulador deve exercer papel importante no processo de gerenciamento de risco das seguradoras, revendo e monitorando os controles de risco.

No caso de a seguradora integrar conglomerado financeiro, a estrutura e perfil de risco do grupo ou conglomerado não deve afetar a estabilidade financeira da seguradora.

4.2.4. Exame do pedido de autorização

O órgão regulador deve examinar os documentos enviados e indicar sua decisão o mais rápido possível. Geralmente, dado período de tempo deve ser fixado entre a data em que todos os requisitos foram cumpridos e a de concessão da autorização.

Ressalte-se que a demora na decisão do órgão regulador não implica a concessão automática da autorização, estando, durante o período de análise, a seguradora impossibilitada de iniciar suas operações.

4.2.5. Indeferimento ou cancelamento da autorização

Quando a seguradora deixa de cumprir os requisitos para autorização, infringe seriamente as leis em vigor, renuncia expressamente a autorização ou dela não faz uso dentro de certo período de tempo ou, ainda, deixa de operar, o órgão regulador deve indeferir ou cancelar a autorização, de forma a impossibilitá-la de operar, firmar novos contratos, prolongar ou expandir a cobertura de contratos existentes.

Se o procedimento de autorização, assim como a supervisão contínua das seguradoras, atenderem aos padrões internacionalmente aceitos, a confiança no órgão regulador aumentará, propiciando reconhecimento recíproco e, conseqüentemente, facilitando o desenvolvimento do mercado segurador, bem como intercâmbio entre reguladores de diferentes países.

4.3. ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OECD)

A Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) congrega trinta países membros, além de manter relações ativas com outros quase setenta países, ONGs e sociedades civis⁴².

Dentre seus objetivos destaca-se o auxílio aos governos no monitoramento setorial de áreas econômicas chaves.

Os países membros da OECD são: Austrália, Áustria, Bélgica, República Tcheca, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Hungria, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Coreia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Polônia, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Reino Unido e EUA.

Em todos os países estudados⁴³ pela OECD, as sociedades seguradoras são sujeitas à regulação e supervisão.

4.3.1. *Autorização de funcionamento*

A autorização de funcionamento geralmente é concedida por um órgão regulador competente. Em alguns países da OECD, este órgão é o Ministério da Fazenda (pelo menos, para a autorização de sociedades estrangeiras); em outros são estruturas administrativas independentes, subordinados, em muitos casos, ao Ministério da Fazenda.

As sociedades estudadas pela OECD, inicialmente, têm de obter uma autorização para operar. O intervalo de tempo compreendido entre o pedido da autorização de funcionamento e sua concessão varia em torno de seis meses.

4.3.1.1. Forma jurídica da sociedade

A forma jurídica admitida para sociedades seguradoras em todos os países da OECD e países asiáticos é de companhias limitadas por ações⁴⁴.

⁴² As informações deste tópico foram extraídas do relatório da OECD sobre supervisão e regulação de seguros de 1999. Até a finalização desta dissertação não havia qualquer atualização sobre este assunto.

⁴³ As informações foram coletadas pela OECD, baseadas em um questionário compreensível, elaborado em 1988.

4.3.1.2. Capital mínimo

Todos os países membros da OECD adotam regras de capital mínimo para início da operação e para obtenção de autorização de funcionamento. Esse capital deve ser permanentemente avaliado para satisfazer plenamente os riscos a serem assumidos e garantir a solvência das seguradoras.

4.3.1.3. Regras para administradores

Quase todos os países da OECD requerem informações para atestar a reputação profissional do corpo gerencial e de sua competência no gerenciamento de sociedades seguradoras.

4.3.1.4. Controle acionário

As sociedades seguradoras são obrigadas a notificar à autoridade competente a identidade e respectiva quantidade de participação direta ou indireta dos acionistas, bem como os membros com participação qualificada⁴⁵ em grupos ou conglomerados de empresas (*holdings*).

A identificação dos acionistas é também exigida em outros países estudados pela OECD. A lista dos acionistas tem de ser aprovada na Bélgica, República Tcheca, Finlândia, Alemanha, Islândia, Itália, Japão, Coréia, Luxemburgo, México, Países Baixos, Polônia, Portugal, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos.

Na Ásia, não há, em princípio, recomendações específicas sobre a lista dos acionistas, embora em Macau, seja exigida “boa reputação”.

4.3.1.5. Plano de negócios

A maioria dos países estudados pela OECD adota um plano de negócios, que objetiva especificar, em particular, os riscos que as sociedades seguradoras pretendem assumir, a

⁴⁴ Essas sociedades equivalem às sociedades anônimas no Brasil.

⁴⁵ 10% do capital das sociedades seguradoras, direito de votar ou possibilidade de exercer influência decisiva na gestão da sociedade.

política de resseguro, as informações de despesas dos primeiros anos e os recursos financeiros disponíveis.

Nos países membros da OECD, especialmente nos países membros da União Européia, esse plano está sendo requerido. Muitos países estão solicitando das sociedades seguradoras nacionais e estrangeiras submissão ao plano de negócios para a concessão da autorização.

4.3.1.6. Governança corporativa

A OCDE desenvolveu uma lista de princípios de governança corporativa e promove periodicamente, em diversos países, mesas de discussão e avaliação do desenvolvimento da governança. Também lançou em parceria com o Banco Mundial, em setembro de 1999, o *Global Corporate Governance Forum*, com objetivo de dar abrangência, importância e visibilidade mundial ao tema (IBGC, 2004).

Quadro 7
Regras de entrada e controle de alguns países estudados pela OECD

	Espanha	Alemanha	Portugal	Reino Unido
Regulação e Supervisão da Atividade	Ministério da Fazenda (Divisão de seguros)	Autoridade reguladora: Ministério da Fazenda Autoridade supervisora: Superintendência Federal de Seguros	Instituto de seguros	Autoridade reguladora: Departamento de Comércio e Indústria
Autorização prévia para funcionamento	sim	sim	sim	sim
Formas jurídicas permitidas	Companhia limitada por quotas, sociedade cooperativa, sociedade mútua e companhia pública	Companhia limitada por quotas e companhia pública	Companhia limitada por quotas, sociedade mútua e companhia pública	Companhia limitada por quotas, sociedade cooperativa, sociedade mútua e companhia pública
Capital estrangeiro	Subsidiárias e sucursais	Subsidiárias e sucursais	Subsidiárias e sucursais	Subsidiárias e sucursais
Capital Mínimo	sim	sim	sim	sim
Plano de negócios	sim	sim	sim	sim
Adequação Administradores	sim	sim	sim	sim
Outros	Estatuto social Identificação dos acionistas Acordos de resseguro Bases técnicas dos cálculos de prêmios e provisões devem ser produzidas e aprovadas	Artigos de associação Demonstrativo das receitas esperadas Condições gerais de apólice Identificação dos acionistas Acordos de resseguro	Estatuto social Balanço patrimonial inicial Identificação dos acionistas Condições gerais de apólice Acordos de resseguro	- Estatuto social - Balanço patrimonial inicial - Demonstrativo das receitas esperadas - Identificação dos acionistas - Acordos de resseguro - Nota técnica atuarial
Período de Tempo (*)	6 meses	6 meses	6 meses	6 meses

Fonte: Adaptado de OECD, 2003.

(*) Intervalo de tempo compreendido entre o pedido da autorização de funcionamento e sua concessão.

4.4. EXPERIÊNCIA AMERICANA

Apesar da forma de regulamentação de controle do mercado de saúde privado americano ser bastante diferenciada do mercado brasileiro, sua estruturação de certa forma muito se assemelha a deste país. Por esse motivo serão apresentados, neste tópico, a estruturação do mercado norte-americano e os requisitos necessários para obtenção de autorização de funcionamento.

A *National Association of Insurance Commissioners* (Associação Nacional dos Comissários de Seguro - NAIC) é a organização de reguladores de seguros de cinquenta Estados, do Distrito de Columbia e de quatro territórios americanos. A NAIC tem, dentre seus objetivos, proteger o interesse público, promover mercados competitivos e solventes, além de incrementar a regulação dos Estados federados sobre seguros.

Apesar das peculiaridades da legislação em cada Estado da federação norte-americana, há um claro esforço de uniformização de suas legislações. O objetivo é estabelecer regras uniformes para todos os Estados e para todas as diferentes organizações que garantem atendimento médico-hospitalar, seja na forma de reembolso, seja na de pagamento direto ou, ainda, na de prestação direta de serviços (XAVIER *et al*, 1997).

As entidades provedoras de saúde são essencialmente reguladas pela legislação estadual, com atribuições pelos Departamentos Estaduais de Saúde, em alguns casos, com competência compartilhada com os Departamentos Estaduais de Seguros.

4.4.1. Estruturação do mercado norte-americano

O mercado norte-americano de assistência à saúde, na modalidade de pré-pagamento, é formado, basicamente, por quatro tipos de empresas: Seguradoras, que operam o ramo de seguro saúde, *Health Maintenance Organizations* (HMOs), equivalentes às medicinas de grupo; *Blue Cross* e *Blue Shield*, que se assemelham às cooperativas médicas; e *Self Insurer*, análoga às autogestões patrocinadas. Para constituição de cada tipo de organização, existem certos requisitos societários e legislação específica. Em sua grande maioria, essas sociedades são constituídas como *corporations*⁴⁶.

⁴⁶ Essas sociedades equivalem às sociedades anônimas no Brasil.

Nos EUA apenas as *corporations* garantem a limitação da responsabilidade dos sócios sobre o capital investido, podendo ser com ou sem fins lucrativos. Quanto à natureza da atividade dessas sociedades, apenas as seguradoras não admitem entidades sem fins lucrativos. Apesar de ser permitida a constituição de HMOs e *Blue's* sem finalidade de lucro, com exceção das vantagens tributárias, não há qualquer distinção de tratamento na regulamentação emanada pelo NAIC.

4.4.2. Requisitos para autorização de funcionamento

Independentemente das especificidades da legislação de cada Estado, verifica-se que, no mercado americano, os requisitos para autorização de funcionamento seguem os princípios fundamentais da IAIS.

Assim, a sociedade que pretende operar no ramo de saúde deve atender os seguintes requisitos:

- apresentação da inscrição no cadastro de pessoas jurídicas;
- descrição da área de atuação, caso não opere em todo o estado;
- cópia dos atos societários;
- lista de todos os bens da requerente;
- descrição do quadro de pessoal, horários de funcionamento, endereços e telefones da sede e de todas as dependências;
- dados do representante legal da requerente;
- descrição detalhada, incluindo relatório completo financeiro e atuarial dos planos que a requerente pretende negociar;
- plano financeiro com projeção dos resultados operacionais para os três anos seguintes, incluindo projeção detalhada das adesões, método de cálculo do prêmio, certificado por um atuário, projeção do balanço, fluxo de caixa

projetado em um ano, demonstrando capacidade financeira e uma demonstração dos resultados operacionais e financeiros;

- cópia do último balanço auditado e demais demonstrações financeiras da requerente, inclusive com a lista dos bens, créditos, débitos e origem de seu financiamento;
- nome e endereço dos auditores e atuários da requerente;
- garantia de manutenção do capital mínimo;
- descrição de seguros, resseguros ou outra forma de garantia de risco da requerente, incluindo um plano detalhado de expectativas de retenção de risco em cada tipo de risco assumido;
- prova de aquisição de seguro contra erros e omissões da requerente;
- prova da aquisição de seguro contra atos de má gestão financeira em relação a todos empregados, diretores e administradores que tenham a autoridade para cobrar valores, autorizar despesas, ou obrigar a sociedade e/ou investir fundos da requerente;
- lista dos nomes, endereços, e *curriculum vitae* dos diretores e administradores, estatutários ou não, da empresa;
- estrutura societária e informação sobre seus controladores;
- cópia de todo e qualquer contrato ou qualquer outra forma de arranjo financeiro existente entre a requerente e qualquer fornecedor de serviços de saúde, tais como os que regulem as relações financeiras entre a requerente e fornecedores de serviços, proprietários de clínicas e hospitais e sociedades seguradoras;
- nome, endereço e número da autorização profissional de todos os prestadores de serviços, com os quais a requerente firmou contratos;

- cópia de todas as apólices, contratos ou acordos a serem firmados com os consumidores;
- cópia de todos os documentos que serão fornecidos aos que aderirem aos planos oferecidos, inclusive carteira de identificação;
- cópia de todo material de propaganda;
- qualquer outra informação que o órgão regulador entenda necessária.

Caso sejam atendidas todas as exigências legais, demonstrada a viabilidade econômico-financeira da empresa requerente, verificada a seriedade, a competência e a boa reputação dos responsáveis pela sociedade, preenchidos os requisitos de capital mínimo e, ainda, que o nome da sociedade não é semelhante ou similar ao de outra já em operação, será expedida a respectiva autorização de operação.

CAPÍTULO 5

REQUISITOS A SEREM CONSIDERADOS NA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO PARA O MSS

A partir de um mapeamento dos principais instrumentos de entrada utilizados pelo mercado segurador brasileiro e pelos principais organismos internacionais, é possível identificar os requisitos a serem considerados pelo órgão regulador na formulação da norma registro definitivo de autorização de funcionamento. Neste Capítulo também busca-se apontar os possíveis impactos que a norma poderá acarretar para o MSS.

Ressalte-se que tais requisitos se guiam pela necessidade de inibir a entrada de sociedades que não tenham viabilidade operacional ou que sejam formadas por administradores sem qualquer compromisso com a atividade.

5.1. REQUISITOS DA LEI Nº 9.656, DE 1998

Da leitura do *caput* do art. 8º verifica-se que o legislador desejou enfatizar alguns dos requisitos necessários para a concessão da autorização de funcionamento.

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

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

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

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.” (g.n.)

Sem embargo, a enumeração de tais requisitos previstos na Lei não prejudica o estabelecimento de outros que se demonstrem necessários aos objetivos do órgão regulador. Verifica-se, nesse sentido, que o próprio legislador deixa margem para a regulamentação infralegal pela ANS sobre a matéria, conforme expressa a parte final do *caput* do art. 8º. O elenco legal de requisitos não é, portanto, taxativo, mas sim mínimos vinculatórios e que necessariamente deverão ser exigidos pela ANS.

Assim, a regulamentação a ser editada pela ANS poderá prever, em acréscimo aos requisitos mínimos, outros que considerar necessários e que, de igual modo, condicionarão às operadoras a seu pleno atendimento para poder obter a autorização de funcionamento.

Vale dizer, ainda, que, de acordo com o § 1º deste artigo, são dispensadas do cumprimento da demonstração da viabilidade econômico-financeira e especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde, entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão. É importante esclarecer que o legislador se referiu à modalidade de autogestão de forma genérica, deixando para o regulamento detalhar essa dispensa, isto é, podendo fazer exigência ampla para todas as autogestões ou restringir às não-patrocinadas, tendo em vista que estas não contam com os aportes financeiros do patrocinador, que se responsabiliza pela operação.

5.2. REGRAS DE ENTRADA AINDA NÃO IMPLEMENTADAS PELA ANS

5.2.1. Inscrição dos atos constitutivos

Pode-se verificar que, quando necessário, a inscrição do ato constitutivo fica condicionada à autorização prévia do Poder Executivo. É o caso de algumas atividades que se diferenciam das demais por sua relevância social, importância econômica, risco,

complexidade entre outras características. A atividade de saúde suplementar é uma delas.

Desta forma, para evitar que empresas possam atuar na atividade de saúde suplementar, antes de terem obtido a autorização junto ao órgão regulador, existe a prerrogativa legal do *caput* do art. 45 do Novo Código Civil.

“Começa a existência legal das pessoas jurídicas de direito privado com a inscrição do ato constitutivo no respectivo registro, precedida, quando necessário, de autorização ou aprovação do Poder Executivo, averbando-se no registro todas as alterações por que passar o ato constitutivo.” ⁴⁷ (g.n.)

5.2.2. Critérios para aprovação dos atos societários

Apesar de o MSS ser composto por operadoras de diversas formas jurídicas de constituição, até o momento não foram definidos critérios específicos para seus atos societários, ou seja, modelos, documentos e obrigações legais para: constituição ou averbação dos estatutos ou contratos sociais das operadoras; realização de Assembleias Gerais, Reunião do Conselho Deliberativo etc, assim como constituição ou aprovação de transferência de controle acionário.

5.2.3. Razões ou denominações sociais e nomes de fantasia

Diante da preocupação pela existência de empresas com nomes similares, o que poderá confundir e prejudicar o consumidor quando da escolha de uma operadora, foram identificadas, nas diretrizes da IAIS e ASSAL, recomendações no sentido de que as razões ou denominações sociais e nomes de fantasia sejam verificadas, inicialmente, pelo órgão regulador.

A norma deve exigir, então, que a razão ou denominação social não sugira ao consumidor .tratar-se de uma outra operadora ou a esta ligada, o mesmo valendo para o nome de nome de fantasia.

⁴⁷ Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

5.2.4. Objetivos das sociedades

Segundo a orientação da ASSAL e IAIS, deve ser vedado aos administradores explorar outras atividades em concomitância com a operação de seguros, em função de sua natureza, que envolve grande risco e complexidade.

De igual sorte, na operação de planos privados de assistência à saúde, a exploração de atividades não correlacionadas pode tornar o negócio ainda mais arriscado e complexo, além de inviabilizar uma avaliação satisfatória da situação econômico-financeira da operadora, ante a dificuldade de segregação das informações relativas à cada atividade.

Essa exigência de exclusividade tem por objetivo proteger os consumidores de perdas potenciais que as operadoras possam sofrer em outras linhas de negócio, como também de direcionar o foco do negócio para a operação de planos.

5.2.5. Enquadramento da sociedade

Por força do disposto no art. 18 das Disposições Finais e Transitórias da RDC n.º 39, de 2000:

*“as empresas ou entidades que atuam no mercado de assistência à saúde, operando planos, para requererem **autorização definitiva de funcionamento**, deverão, necessariamente, enquadrarem-se em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, conforme disposto nos Capítulos II, III e IV desta Resolução.” (g.n.)*

A implementação do registro definitivo de autorização de funcionamento irá levar a um rearranjo na conformação do mercado de saúde suplementar. Isso porque, no registro provisório atualmente definido pela RDC n.º 5, de 2000, ainda não é obrigatória a comprovação pela operadora de sua modalidade, fato esse que permite que a operadora se classifique segundo seus próprios critérios ou interesses.

Como consequência, observam-se situações como medicinas de grupo se classificando como filantropias, uma vez que ainda não é exigida a apresentação de cópias do Certificado de Entidade Filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS e Declaração de Utilidade Pública Federal, Estadual ou Municipal junto ao Ministério da Justiça, Órgãos dos Governos Estaduais ou Municipais.

Verifica-se também a existência de autogestões que se revelam, na realidade, medicinas de grupo, uma vez que comercializam seus planos, descaracterizando, assim, a essência da autogestão, que é operar plano para um grupo fechado de beneficiários.

O caso mais evidente é, no entanto, é o das administradoras. De acordo com o que determina o art. 11 da RDC nº 39, de 2000, as administradoras, pelo fato de gerir plano de outra operadora, não possuem beneficiários,. Entretanto, dados da ANS dão conta que as 12 operadoras classificadas como administradoras possuem 4.870 beneficiários (ANS, 2003).

5.2.6. Plano de negócios

Como já visto no Capítulo anterior, segundo os padrões de supervisão e autorização estabelecidos pela IAIS, o órgão regulador deve efetuar, durante os três primeiros anos, rigoroso monitoramento do *compliance* da nova operadora ao plano de negócios.

Verifica-se que a maioria dos países estudados pela OECD adotam plano de negócios, especialmente nos países-membros da União Européia. Muitos deles estão solicitando das sociedades seguradoras nacionais e estrangeiras compromisso de submissão ao plano de negócios para concessão da autorização, uma vez que, em que pese o plano de negócios não ser garantia de êxito da operação, a ausência de planejamento é um risco que deve ser evitado.

O planejamento da operadora deve ser flexível a novas realidades e adaptável a novos paradigmas, sob pena de tornar-se instrumento ultrapassado e não efetivo (SEBRAE, 2003).

A exigência de apresentação do plano de negócios pelas operadoras mostra-se um instrumento que permite minimizar as possibilidades de desperdício de recursos e esforços em um negócio inviável. Assim, na hipótese de uma sociedade ser incapaz de entregar um plano satisfatório, o órgão regulador não concederá a autorização. Da mesma forma, uma vez concedida, se a operadora não cumprir com o previsto no plano, a autorização poderá se cassada.

5.2.7. Estudo de viabilidade econômico-financeira

O estudo de viabilidade econômico financeira deve conter no mínimo (KPMG, 2003):

- análise econômico-financeira de cada segmento de mercado⁴⁸ e região em que a operadora pretende atuar, além de projeção de sua participação nesses segmentos com indicação dos principais concorrentes;
- expectativa de rentabilidade, com indicação de retornos esperados de acordo com o segmento de mercado escolhido; e
- projeções financeiras evidenciando a evolução patrimonial no período, com a identificação das fontes de captação que viabilizem essa evolução.

5.2.8. Padrões de governança corporativa

A governança corporativa proporciona aos proprietários (acionistas ou cotistas) a gestão estratégica da operadora e a efetiva monitoração da direção executiva. As principais ferramentas que asseguram o controle da propriedade sobre a gestão são o conselho de administração, a auditoria independente e o conselho fiscal.

Vale dizer que o Banco Mundial e o FMI consideram a adoção de boas práticas de governança corporativa como parte da recuperação dos mercados mundiais, abatidos por sucessivas crises em seus mercados de capitais. Praticamente em todos os países, surgiram instituições dedicadas a promover debates em torno da governança corporativa (IBGC, 2004).

Países como Estados Unidos, Canadá e outros da União Européia passaram a implementar medidas de governança corporativa devido ao grande número de casos de insolvência registrados durante a década de 80.

Para uma futura implementação desses controles para o MSS, seria alternativa viável a elaboração pelo órgão regulador de questionário a ser preenchido anualmente pela operadora e enviado junto com o primeiro DIOPs de cada ano.

5.2.9. Controles internos

Os controles internos também asseguram que os ativos da empresa sejam suficientemente protegidos, que as transações sejam registradas e reportadas e que as leis e regulamentação aplicáveis sejam observadas.

Um efetivo sistema de controles internos requer: que os riscos materiais que possam afetar a realização das metas da operadora devem ser reconhecidas e continuamente avaliadas; a existência de divisão apropriada e não conflitante de responsabilidades; segregação de funções; a existência de dados internos financeiros, operacionais e de limites de obediência, assim como informação externa de mercado sobre eventos e condições que sejam relevantes à tomada de decisões; o comprometimento da administração e de todos os funcionários aos objetivos da empresa; autoria interna com independência operacional, apropriadamente treinada e competente; e monitoramento progressivo desses controles (COMITÊ DE BASILÉIA, 1998).

Vale dizer que a qualidade do desempenho da administração é indicador das perspectivas da operadora. A longo prazo, a habilidade em planejar um crescimento organizado e de manter a capacidade de a operadora oferecer serviços de assistência à saúde a um preço competitivo determinará seu sucesso em relação aos concorrentes.

5.2.10. Requisitos de patrocínio

Como já se viu, as operadoras que gerem seus planos sob o regime de patrocínio, o que só ocorre nos casos de autogestão, não estão sob o monitoramento econômico-financeiro da ANS, estando dispensadas da adoção do Plano de Contas Padrão e da constituição de garantias financeiras. Essa excepcionalidade se explica pelo fato de a manutenção da assistência à saúde ser garantida por aportes financeiros de uma ou mais entidades patrocinadoras, que se responsabilizam pela operação.

Estando, por conseguinte, fora da mira da regulação em termos de solvência, torna-se indispensável o estabelecimento de critérios que assegurem o patrocínio, os quais devem

⁴⁸ A partir dos critérios adotados para capital mínimo na RDC 77, de 2000, entende-se por segmento de mercado um feixe que compreende tipo de atenção, abrangência geográfica e classificação da operadora.

ser pensadas de forma a ponderar regras a fim de que não se fruste o estímulo das patrocinadoras em manter a assistência à saúde de seu grupo de beneficiários.

A regulamentação das relações de patrocínio entre as empresas patrocinadoras e as operadoras patrocinadas deve, assim, considerar alguns mínimos de exigência, com vistas a concretizar o compromisso de manutenção da assistência. Entre os principais pontos a ser regulamentados estão: estabelecer disposições obrigatórias em estatuto ou regulamento a fim de prever a composição estrutura da autogestão e forma de contribuição das patrocinadoras; definir um instrumento de formalização da condição de patrocinadora; exigir a apresentação de plano de custeio com revisões periódicas; e ditar o procedimento para a saída da patrocinadora.

5.3. IMPACTOS NO MSS APÓS AS PRIMEIRAS REGRAS DE ENTRADA E PERMANÊNCIA

Passados cerca de seis anos do marco regulatório do MSS, o registro definitivo de autorização de funcionamento ainda não foi regulamentado, e as operadoras de planos privados de assistência à saúde continuam operando em regime provisório.

Mesmo assim já é possível verificar que a edição das primeiras regras de entrada e permanência no MSS, quais sejam: registro provisório de autorização de funcionamento, plano de contas padrão, exercício do cargo de administrador, transferência do controle societário e constituição de capital mínimo, foi fator determinante para a saída de um grande número de operadoras que não conseguiram, ou não se interessaram, atender às novas condições ditadas pelo órgão regulador, conforme se pode depreender das Tabelas e Gráfico abaixo.

Tabela 6
Operadoras ativas x canceladas

	Operadoras		
	registradas	canceladas	ativas
1999	2.825	186	2.639
2000	3.060	337	2.723
2001	3.203	494	2.709
2002	3.220	813	2.407
2003	3.254	986	2.268

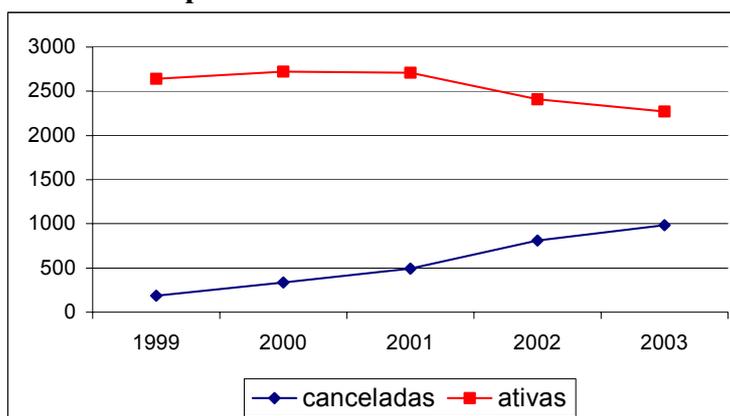
Fonte: Cadastro de Operadoras – ANS/MS, Dez. de 2003.

Tabela 7
Motivos de Cancelamento de Registro de Operadoras

Motivos	Qtde.OPS	%
Descumprimento de disposição legal	163	17%
Liquidação Extrajudicial	24	2%
Pedido de cancelamento	755	77%
Por incorporação	14	1%
Outros	30	3%
Total	986	100%

Fonte: ANS, 2003

Gráfico 6
Operadoras ativas x canceladas



Verifica-se que, nos quatro primeiros anos de regulação do MSS (1999 a 2003), cerca de 30% das operadoras tiveram seus registros provisórios cancelados, sendo que 77% correspondem a pedidos espontâneos de cancelamentos e 17%, a operadoras canceladas por descumprimento da legislação.

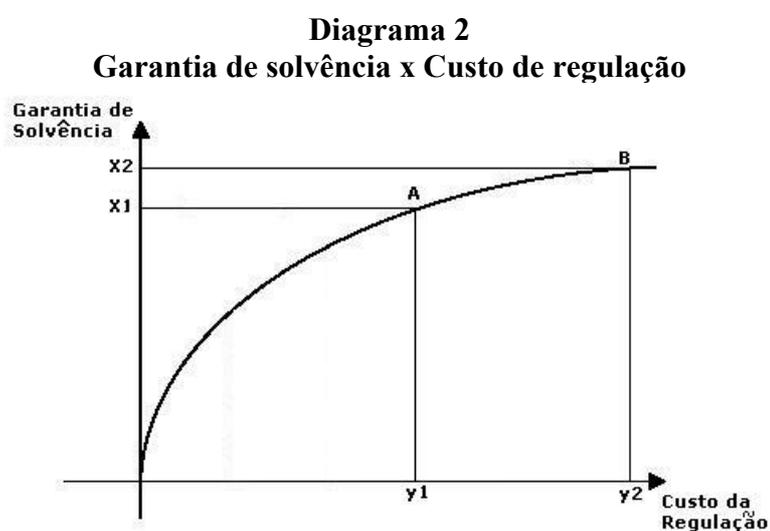
De igual modo, observa-se uma tendência de convergência das curvas entre o declínio gradual do número de operadoras ativas e um aumento de saídas desse mercado.

Explicações possíveis para esses cancelamentos seriam não só a incapacidade técnica e estrutural de algumas operadoras de atender os normativos editados, mas também por conta dos reflexos da dificuldade de as operadoras arcarem com o custo de regulação⁴⁹.

⁴⁹ Risco legal, risco de legislação. O custo de regulação pode ser exemplificado, nesse caso, como o custo para implementação de sistemas de controles internos, sistemas de informatização, tecnologias, contratação de mão-de-obra qualificada (assessoria jurídica, auditoria interna e externa, atuários etc), implementação de políticas e sistemas de qualidade, entre outros.

Isso porque há uma relação de custo-benefício efetivo entre o incremento de regulação e o grau de certeza de que a operadora irá cumprir as novas exigências. Sucede que, quando o nível de regulação eficiente é ultrapassado (*over-regulation*), não há benefícios adicionais para o mercado, mas sim um custo adicional desnecessário.

Há, portanto, custos de regulação que podem limitar a liberdade de gerenciamento das operadoras, podendo prejudicar indiretamente os consumidores e até inibir o desenvolvimento do próprio mercado. Para melhor esclarecer a questão cabe valer-se do exemplo da função entre a garantia de solvência e o custo de regulação, expressa no Diagrama engendrado por MELLO, 2004:



Fonte: MELLO, 2004.

Pode-se observar que o custo marginal de regulação corresponde, gradativamente, a uma garantia cada vez menor de solvência. Assim, a regulação pode aumentar a garantia de solvência do mercado até certo ponto considerado ótimo, a partir do que o aumento do custo de regulação não passa a corresponder em igual medida ao aumento da garantia de solvência (MELLO, 2004).

O desafio da regulação é, nesse sentido, encontrar o ponto ótimo da curva, de forma a não imputar custos de regulação desnecessários para o MSS. Como meta inicial e de acordo com GALIZA (2004), em mercados internacionais de seguros, é historicamente razoável que apenas 1% das sociedades seguradoras apresentem alguma forma de problema por ano.

CONCLUSÃO

Ao condicionar a concessão da autorização de funcionamento ao atendimento de diversos requisitos, a norma que disciplinar o registro definitivo das operadoras de planos de assistência à saúde poderá funcionar como um importante mecanismo preventivo, de modo a inibir a entrada de operadoras que não disponham de capacidade organizacional e financeira para operar nesta atividade, bem como afastar do MSS a presença lesiva de amadores, especuladores, ou aventureiros, os quais exercem influência negativa para a imagem do mercado.

Além de barreira à entrada, esse normativo também poderá servir de instrumento saneador, na medida em que impede a permanência das operadoras que não se adaptem aos critérios de entrada e controle exigidos pela ANS.

O registro definitivo de autorização de funcionamento também pode se tornar importante ferramenta de sustentabilidade econômico-financeira do MSS, na medida em que a solvência das operadoras constitui variável significativa para a manutenção e qualidade da assistência à saúde prestada. Além disso, a credibilidade e transparência do mercado reduz a assimetria de informação, em especial quanto à capacidade econômico-financeira das operadoras, facilitando o consumidor ao fazer sua escolha segura por uma operadora.

Ao condicionar as operadoras ao cumprimento de diversos requisitos de entrada e permanência no MSS este normativo poderá:

- proporcionar a credibilidade e transparência necessárias para a segurança dos consumidores e que seus interesses sejam suficientemente protegidos;
- funcionar como um importante instrumento de estruturação organizacional para as operadoras atuarem nesse setor;

- zelar pela qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras;
- permitir que as operadoras sejam em todos os momentos capazes de cumprir com suas obrigações.

Em relação ao objetivo primeiro deste estudo, foram mapeados principais instrumentos de entrada e controle que ainda não foram implementados pela ANS. A partir das principais requisitos exigidos pela SUSEP e recomendados pela IAIS, ASSAL e OECD, observa-se que não se dispôs, para o MSS, normas sobre constituição da sociedade; plano de negócios; sistemas de controles internos; governança corporativa; e regras de patrocínio.

Quadro 8
Quadro resumo

Regras de entrada	ANS	SUSEP	IAIS/ ASSAL	OECD
Constituição da sociedade	NI	✓	✓	✓
Capital mínimo	✓	✓	✓	✓
Adequação dos administradores	✓	✓	✓	✓
Controle Acionário	✓	✓	✓	✓
Plano de negócios	NI	✓	✓	✓
Sistemas de Controles Internos	NI	✓	✓	✓
Governança corporativa	NI	NI	✓	✓
Regras de Patrocínio (*)	NI			

NI – Não implementado.

(*) Exigível apenas para o MSS, em função das autogestões.

Na avaliação dos impactos da regulação sobre autorização de funcionamento para o MSS, é preciso reconhecer que a experiência internacional tem demonstrado ser indispensáveis a adoção desses requisitos para o amadurecimento do mercado. No entanto, constata-se que a implementação das primeiras regras de entrada e permanência apontaram para um decréscimo gradativo do número de operadoras.

Assim, para que haja efetividade na relação custo-benefício da implementação dos requisitos apontados neste estudo, é preciso, previamente, averiguar se há, na conformação atual do MSS, capacidade de as operadoras suportarem as novas exigências a curto e longo prazo. É interessante também avaliar a possibilidade de implantação progressiva desses requisitos, baseando-se, para tanto, na verificação do ponto ótimo no custo marginal de regulação.

Os custos de regulação tornam-se mais relevantes quando se constata que o MSS apresenta cenário preocupante, dada a existência de diversas operadoras insolventes ou

que caminham nessa direção. Vale lembrar que o cenário que se compôs com um longo período sem regulação foi marcado pela existência de diversas operadoras sem estrutura organizada, controle e padronização.

Pesquisa realizada pela CONSULTORIA CAPITÓLIO, 2003, indicam que metade das operadoras de seguro-saúde enfrenta hoje problemas financeiros. O estudo mostra que de 747 empresas pesquisadas — incluindo cooperativas, seguradoras — 371, ou 49,7% delas, têm hoje dificuldades para honrar seus compromissos. O trabalho, feito entre 2001 e 2002, também revela que, de 895 empresas analisadas, 315, ou 35,2%, têm baixa capacidade de arcar com seus compromissos de curto prazo.

Em função dos requisitos recomendados neste estudo, a regulamentação do registro definitivo de autorização de funcionamento poderá acarretar custo relativamente elevado para as operadoras já existentes, intensificando, inclusive, os problemas já sofridos por aquelas que tendem à insolvência.

Diante disso, é de se sugerir que a norma sobre autorização de funcionamento seja objeto de Câmara Técnica de caráter consultivo, com a participação dos agentes do mercado e integrantes da CSS, a fim de se buscar a sintonia fina entre o incremento de requisitos que garantam a sustentabilidade econômico-financeira do MSS e a capacidade de atendimento dessas exigências pelas operadoras que já atuam no mercado.

É importante, de igual modo, que a ANS continue adotando regras de transição que proporcionem medidas de adaptação compatíveis com as características, peculiaridades e realidade das operadoras já atuantes, para não agravar, principalmente, os problemas enfrentados por aquelas que se encontram em risco de insolvência. Destaque-se que a ANS adotou, em alguns de seus normativos⁵⁰, período de transição para que o mercado se adaptasse à nova realidade.

Ao mesmo tempo que se torna indispensável o estabelecimento de critérios que assegurem o patrocínio, a ANS deve estabelecê-los de forma que as patrocinadoras possam manter a assistência à saúde de seu grupo de beneficiários.

⁵⁰ Cf. RDC nº 38, de 2000, e RDC nº 77, de 2001.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMGE, 2004. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br>>. Acesso em: Fev.

ALMEIDA, C. 1998. *Mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília/DF: IPEA. Texto para discussão n° 599.

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

ANDREAZZI, M. F. S. 1991. *O Seguro Saúde privado no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz. Dissertação de Mestrado.

ASSAL. 1999. *Critérios generales de solvencia: autorização para companhias de seguros*. Disponível em: <http://www.assalweb.org/html/inf_corporativa/fr_infcorp.html>. Acesso em: Ago. 2003.

BAHIA, L. 1999. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. Tese de Doutorado.

_____. 2004. Os Planos de Saúde Empresariais no Brasil: notas para Regulação Governamental. In *Regulação & saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Rio de Janeiro: ANS. v. 3, t. 2.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Nº 191-A.

_____. Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1966. Seção 1.

_____. Lei das Sociedades Anônimas. Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 dez. 1977. Seção 1.

_____. Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jun. 1998. Seção 1.

_____. Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1.

_____. Lei n.º 10.223, de 15 de maio de 2001. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio 2001. Seção 1.

_____. Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2001. Seção 1.

_____. Novo Código Civil. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Seção 1.

_____. Ministério da Fazenda. Superintendência de Seguros Privados - SUSEP. 1997. *Anuário Estatístico 1997: seguro, previdência privada aberta e capitalização*. Rio de Janeiro: Graffito.

_____. Ministério da Fazenda. Superintendência de Seguros Privados - SUSEP. 2004. *Glossário de termos técnicos de seguros*. Disponível em <<http://www.susep.gov.br/menubiblioteca/glossario.asp>> Acesso em: Mar.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 2000. *Relatório preliminar de visita da ANS ao mercado americano*. Rio de Janeiro: ANS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 2001. *O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 2002. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS. v.1.

_____. Presidência da República. Advocacia Geral da União. Parecer GQ-104, de 10 jun. 1996. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 1996. Seção 1, p.10.144.

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

CASTRO, J. D. 2002. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. In *Sociologias*. Porto Alegre, (4) n.7, p.122-135, jan-jun.

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

COMITÊ DE BASILÉIA. 1998. *Framework for Internal Control Systems in Banking Organizations*. Tradução parcial adaptada para o artigo de “Princípios para avaliação de Sistemas de Controle Interno”. Rio de Janeiro: ESAD.

CONSULTORIA CAPITÓLIO, 2003. Metade dos planos de saúde enfrenta crise: Diário de São Paulo| SP, 01 de setembro.

COSTA, N.R. & CASTRO, A.J.W. 2004. O regime regulatório e a estrutura de mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In *Regulação & saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*, v. 3, t. 1, p. 49-64, Rio de Janeiro: ANS.

COSTA, R. C. R. 1998. A atividade de seguros nas primeiras décadas da República In *Entre a solidariedade e o risco: história do seguro privado no Brasil*. (Alberti, V., coord.), p. 23-80, Rio de Janeiro: FGV/RJ.

COSTA, V. 2002. *A debilidade da carteira de saúde*. Revista de Seguros, Rio de Janeiro, v.83, n.841,p.28-29, abr-jun.

CZAPSKI, J. D. 1971. *Planos de pré-pagamento de assistência médica e saúde pública*. São Paulo/ USP. Dissertação de Mestrado.

DERENGOWSKI, M. G. 2004. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. In *Regulação & saúde: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*, v. 3, t. 1, p. 65-91, Rio de Janeiro: ANS.

FAVARET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. 1990. *A universalização excludente – reflexão sobre a tendência do sistema de saúde*. Revista planejamento e políticas públicas, n. 3: p. 139-152, jun.

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

GALIZA, F. J. S. 2004. *Modelos de solvência*. Caderno de seguros da FUNENSEG, Rio de Janeiro: FUNENSEG. n. 123.

GONÇALVES, E. L. 1983. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira.

GUERRA, L. L. 1998. *Estratégia de serviços das empresas que operam planos/seguros de saúde no Brasil*: cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras. Rio de Janeiro: FUNENSEG. Cadernos de seguros: teses, v.3, n.9.

IAIS. 1998. *Supervisory Standard on Licensing*. Disponível em: <<http://www.iaisweb.org/02licensing.pdf>> Acesso em: Jan. 2004.

_____. 2002a. *Guidance Paper on Public Disclosure by Insurers*. Disponível em: <<http://www.iaisweb.org/02public.pdf>> Acesso em: Jan. 2004.

_____. 2002b. *Principles on Capital Adequacy and Solvency*. Disponível em: <<http://www.iaisweb.org/02solvency.pdf>> Acesso em: Jan.2004.

_____. 2004. *Insurance Core Principles on Corporate Governance*. Disponível em: <<http://www.iaisweb.org/142corpgov.pdf>> Acesso em: Jan. 2004.

IBGC. 2003. *Governança Corporativa*. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br/home.asp>>. Acesso em Fev.2003.

KPMG. 2003. *Regulatory Practice News*, Publicação mensal do SAR - Setor de Apoio Regulamentar. Financial Services. Maio 2003. Disponível em: <http://www.kpmg.com.br/adm/images/RPNews_mai03.pdf> Acesso em: Jan. 2004.

KPMG. 2004. *Apostila do curso de controles internos ministrado para a SUSEP*. Curso realizado no período de 5 a 9 de julho de 2004.

LEOPOLDI, M. A. P. 1998. A reforma do sistema de seguros privados no governo militar (1964-84) In *Entre a solidariedade e o risco*: história do seguro privado no Brasil. (Alberti, V., coord.), p. 205-238, Rio de Janeiro: FGV/RJ.

LUNDBERG, E. 1999. Rede de proteção e saneamento do sistema bancário. In *Intervenção e liquidação extrajudicial no sistema financeiro nacional*: 25 anos da Lei 6.024/74 (Saddi, J., org), p. 29-51, São Paulo: Textonovo.

LIPPI, R. 2003. O lado humano da governança corporativa. *Valor Econômico*. São Paulo: 2003. Disponível em: <<http://www.abcrventure.com.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=764&sid=5>>. Acesso em Mar. 2004.

MÉDICI, A. C. 2003. *Evolução da estrutura do sistema de saúde*. <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/index.htm>>. Acesso em fevereiro de 2004.

MELLO, L. M. 2004. *Um Novo Modelo de Supervisão*. Rio de Janeiro: SUSEP. Mimeo.

MENDES, J. J. S. 1997. *Bases técnicas do seguro*. São Paulo: Manuais Técnicos de Seguros, 1997.

MONTONE, J. 2004. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. In *Regulação & saúde*: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003, v. 3, t. 1, p. 9-48, Rio de Janeiro: ANS.

NAIC. 2003. Disponível em: <<http://www.naic.org/>>. Acesso em: Ago.

OECD. 2003. **Insurance Regulation and Supervision in OECD countries**. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/17/43/1900939.pdf>> Acesso em: Jun.

PEREIRA, C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In *Regulação & saúde*: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003, v. 3, t. 1, p. 93-120, Rio de Janeiro: ANS.

PÓVOAS, M. S. 2000. *Na rota das instituições do bem estar*: seguro e previdência. São Paulo: Green Forest do Brasil.

RIBEIRO, J. M. 2004. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. In *Regulação & saúde*: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003, v. 3, t. 1, p. 147-177, Rio de Janeiro: ANS.

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

SARMENTO, C. E. 1998. Nacionalização e expansão: o mercado segurador brasileiro entre 1939 e 1963 In *Entre a solidariedade e o risco: história do seguro privado no Brasil*. (Alberti, V., coord.), p. 133-204, Rio de Janeiro: FGV/RJ.

SEBRAE. 2003. *Plano de negócio*. Disponível em <http://www.sebrae.com.br/br/parasuaempresa/planode_negocio.asp> Acesso em Dez.

SILVA, J. C. 2002. *Uma contribuição ao estudo da harmonização das normas e práticas contábeis das operações de seguros*: análise comparativa entre as normas brasileiras e o projeto proposto pelo IASB. São Paulo: USP. Dissertação de Mestrado.

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

UNIMED. 2004. <<http://www.unimed.com.br>>. Acesso em: Mar.

UNIODONTO. 2004. <<http://www.uniodonto.com.br>>. Acesso em: Mar.

XAVIER, R.A. *et al.* 1997. *Relatório de visita da SUSEP ao mercado segurador americano*. Rio de Janeiro: SUSEP.

ANEXO

GLOSSÁRIO

ADESÃO - Termo utilizado para definir características do contrato de seguro; contrato de adesão; ato ou efeito de aderir.

APÓLICE - É o instrumento do contrato de seguro. É o ato escrito que constitui a prova normal desse contrato.

BENEFICIÁRIO - Pessoa em cujo proveito se faz o seguro.

CARÊNCIA - Período durante o qual a sociedade está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, pela morte do segurado.

CLÁUSULA - Disposição particular. Parte de um todo que é o contrato.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA - Valor pago pelo consumidor à operadora para poder fazer uso do plano de saúde contratado. O mesmo se pode dizer do termo prêmio, este aplicado às operações de seguro.

ECONOMIA DE ESCALA - Ocorre quando as grandes empresas distribuem seu custo fixo entre todos os seus produtos e, assim, conseguem uma diminuição no custo final por unidade de produto.

EVENTO - Termo que define sinistro ou acontecimento previsto e cobertura ou não no contrato, que resulta em dano para o segurado; ex. incêndio, roubo etc.

INDENIZAÇÃO - Reparação do dano sofrido pelo segurado.

LEI DOS GRANDES NÚMEROS - Princípio geral das ciências de observação, segundo o qual a frequência de determinados acontecimentos, observada em um grande número de casos análogos, tende a se estabilizar cada vez mais, à medida que aumenta o número de casos observados, aproximando-se dos valores previstos pela teoria das probabilidades.

MUTUALISMO - Princípio fundamental, que constitui a base de toda operação de seguro. É pela aplicação do princípio do mutualismo que as empresas de seguros conseguem repartir os riscos tomados, diminuindo, desse modo, os prejuízos que a realização de tais riscos lhes poderia trazer.

MÚTUO - Várias pessoas associadas para, em comum, suportarem o prejuízo que a qualquer delas possa advir, em consequência do risco por todas corrido.

NOME DE FANTASIA - denominação ou designação adotada pelo comerciante para individualizar a sociedade, o estabelecimento comercial ou seus produtos. Diz-se fantasia porque por ser um nome imaginado e diferente do nome civil das pessoas físicas, devendo se referir à natureza do negócio a ser explorado pela sociedade.

PENALIDADE - Sanção prevista em lei, regulamento ou contrato para certo e determinados casos. O segurador está sujeito à aplicação de certas penalidades por descumprimento das obrigações decorrentes dos contratos de seguros.

PRÊMIO - É a soma em dinheiro, paga pelo segurado ao segurador, para que este assumam a responsabilidade de um determinado risco.

PRO-RATA - Diz-se do prêmio do seguro, calculado na base dos dias do contrato.

PULVERIZAÇÃO DO RISCO - Distribuição do seguro, por um grande número de seguradores, de modo a que o risco, assim disseminado, não venha a constituir, por maior que seja a sua importância, perigo iminente para a estabilidade da carteira.

REDE PRÓPRIA - todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade: da operadora; de entidade ou empresa controlada pela operadora; de entidade ou empresa controladora da operadora; ou a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora (médica ou odontológica).

RESERVA TÉCNICA - Termo utilizado para definir valores matematicamente calculados pelo segurador, com base nos prêmios recebidos dos segurados, para garantia dos pagamentos eventuais dos riscos assumidos e não expirados; ex.: Reserva de Sinistros a Liquidar.

RESSEGURO - Operação pela qual o segurador, com o fito de diminuir sua responsabilidade na aceitação de um risco considerado excessivo ou perigoso, cede a outro segurador uma parte da responsabilidade e do prêmio recebido. O resseguro é um

tipo de pulverização em que o segurador transfere a outrem, total ou parcialmente, o risco assumido, sendo, em resumo, um seguro do seguro.

RETENÇÃO - É a parte das responsabilidades pela qual o segurador ou o ressegurador se responsabilizam diretamente, sem ressegurar ou retroceder. A retenção também é designada, dependendo do contexto, se própria, global ou de mercado, por Limite de Retenção, Limite Líquido, Pleno de Retenção (mais conhecido, simplesmente, por Pleno), Pleno Líquido, Pleno Bruto, Limite de Aceitação, Capacidade Retentiva e Capacidade de Aceitação.

RISCO DE SUBSCRIÇÃO - risco oriundo de uma situação econômica adversa que contraria tanto as expectativas da sociedade no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto as incertezas existentes na estimação das provisões técnicas.

SINISTRALIDADE (*LOSS RATIO*) - Percentual de prêmios que é utilizado para pagar sinistros.

SINISTRO - Termo utilizado para definir em qualquer ramo ou carteira de seguro, o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

SOLVÊNCIA - Capacidade financeira de uma empresa para fazer frente a suas obrigações. Suficiência de ativos sobre os passivos assumidos.