

O marco da solvência na saúde suplementar

Taylor Oliveira Fidelis.

taylorfidelis@hotmail.com.br, UNIFAL-MG, Brasil

Reinaldo Marques, Ms.

Remarque13@gmail.com, UNIFAL-MG, Brasil

Luísa Pimenta Terra, Dra.

luisaterra@gmail.com, UNIFAL-MG, Brasil

Leonardo Henrique Costa, Ms.

Leonardo.costa@unifal-mg.edu.br, UNIFAL-MG, Brasil

Leandro Ferreira, Dr.

le.ferreira@gmail.com, UNIFAL-MG, Brasil

Resumo

A saúde suplementar brasileira é tratada, segundo Guerra (1998), como um setor de riscos que abrangem grandes proporções de danos, caso não exista um controle rigoroso de suas disponibilidades e obrigações. Nesta mesma linha Pereira et.al.(2003) afirmam que muitas operadoras enfrentam problemas econômicos e financeiros, decorrentes das formas como as margens de solvência são controladas. No que tange ao tratamento das operadoras quanto às margens de solvência e às normas regulamentadoras no setor, o presente estudo busca a compreensão dos marcos legais da solvência no setor de saúde suplementar brasileira. Tal estudo justifica-se pela importância de medidas prudenciais financeiras, em específico as margens de solvência (Serra, 2016). Quanto à metodologia, o presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica de artigos relacionados à saúde suplementar e solvência, assim como as legislações vigentes. Já os dados, leis e normas regulamentadoras, são obtidas pelos portais em sua maioria da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e DATASUS. Neste âmbito, após as revisões e estudos é possível desencadear uma série de discussões sobre o atual funcionamento do setor, no que tange aos marcos da solvência na saúde suplementar, assim como a busca por possíveis melhorias abordadas por linhas teóricas e regulamentadoras.

Palavras-Chave: Margens de solvência, Saúde suplementar e Normas regulamentadoras.

Abstract

According to Guerra (1998), Brazilian supplementary health is treated as a sector of risks that cover large proportions of damages, if there is no strict control of their availability and obligations. In this same line Pereira et.al. (2003) affirm that many operators face economic and financial problems, arising from the way in which the solvency margins are controlled. Regarding the treatment of operators regarding solvency margins and regulatory standards in the sector, this study seeks to understand the legal frameworks of solvency in the Brazilian supplementary health sector. This study is justified by the importance of prudential financial measures; in particular the solvency margins (Serra, 2016). As for the methodology, the present study consists of a bibliographical research of articles related to supplementary health and solvency, as well as the current legislation. Already the data, laws and

regulatory norms, are obtained by the portals in their majority of the ANS (National Agency of Supplementary Health) and DATASUS. In this context, after the reviews and studies it is possible to trigger a series of discussions about the current functioning of the sector, regarding the solvency milestones in supplementary health, as well as the search for possible improvements addressed by theoretical and regulatory lines.

Keywords: Solvency Margins, Supplementary Health and Regulatory Norms.

1. Introdução

Com o rápido e crescente desenvolvimento do setor de saúde suplementar no Brasil, são levantados variados impasses referentes a como se deu tal desenvolvimento, já que se trata de um setor de riscos que abrangem grandes proporções de danos, principalmente quando não existe um controle rigoroso de seus ativos e passivos.

Uma peculiaridade do setor de saúde suplementar, assim como do mercado segurador, pode afetar ainda mais as margens de solvência das operadoras. Tal característica refere-se ao fluxo de caixa, já que no mercado de seguros e de planos de saúde, especialmente no modelo de contratos a preço preestabelecido, os serviços contratados são entregues após o pagamento pelos beneficiários, em um ciclo financeiro invertido (PLANTIN & ROCHET, 2007 apud SERRA, 2016, p.27)

Tal fato explica em parte a dificuldade econômico-financeira enfrentada pelo setor, uma vez que o ciclo financeiro invertido pode gerar falsa percepção de solidez. Por isso, decisões equivocadas e perigosas para a sustentabilidade do negócio podem ocorrer e, conseqüentemente, levar a empresa à falência e a condições de insolvência.

Nesse sentido, o presente estudo busca descrever como se deu o crescimento do setor de saúde suplementar no Brasil desde o ano 2000. Ademais, discute-se como são tratadas as margens de solvência pelo órgão regulador e as operadoras de planos de saúde. Utiliza-se, para este fim, a revisão de artigos recentes e a legislação relacionada ao tema.

Quanto à estrutura, o presente trabalho divide-se em quatro sessões, além desta introdução: a primeira contextualiza e descreve o Setor de Saúde Suplementar (SSS), a segunda discute os conceitos de solvência, a terceira apresenta os marcos legais da solvência e a última faz as considerações finais. Vale ressaltar que o artigo limita-se apenas a uma revisão bibliográfica da medida prudencial “margens de solvência”, não tendo enfoque nos dados quantitativos e estatísticos sobre situações de insolvência no setor.

2. Setor de Saúde Suplementar

O setor de saúde suplementar brasileira é constituído pelas operadoras de planos de assistência a saúde médico hospitalares, odontológicas, por seguradoras especializadas em saúde, cooperativas e organizações filantrópicas. Dentre estas, os planos de assistência a saúde médico hospitalares apresentam no setor o maior peso quanto à abrangência de mercado. No que configura os “planos de assistência a saúde”, pode ser compreendido como a busca pela cobertura assistencial individual ou a um grupo, para possíveis sinistros envolvendo doenças, acidentes entre outros que envolvam saúde.

Quanto à cobertura aos possíveis sinistros pela operadora, só é possível se o indivíduo ou grupo apresentarem uma contrapartida monetária “pré ou pós”-estabelecidas pela operadora em questão,

de acordo com os produtos e riscos assumidos em contrato por ambas as partes. Segundo a Lei 9.656/1998 define Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo:

“Art. 1º A pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (...).”

Quanto à abrangência do setor no cenário brasileiro, Leal (2014, p.3) afirma que “na primeira década do século XXI, os planos e seguros privados de assistência à saúde configuravam, no Brasil, um mercado representativo em termos de relevância e de tamanho [...]”. Tal representatividade pode ser evidenciada pela abrangência de atendimento, com assistência médica a cerca de um quarto da população, e de faturamento anual, próximo ao do orçamento federal para a saúde pública segundo levantado pelo autor.

O setor tem seu crescimento expressivo como consequência direta das próprias falhas de governo provenientes da montagem lenta e precária do Sistema Único de Saúde- SUS, já a necessidade de regular este mercado suplementar pode ser interpretada como um desdobramento indireto destas vulnerabilidades da saúde pública (PEREIRA et. al. 2003, p.3).

“[...] a explosão do setor de saúde suplementar apresenta-se pela decorrência da absorção de uma demanda crescente de setores da sociedade que não estavam mais dispostas a desfrutar do serviço oferecido pelo setor público.” (PEREIRA et. al. 2003, p 3).

Além da linha adotada por Pereira et. al.(2003) quanto ao rápido crescimento do setor de saúde suplementar, são levantadas outras linhas teóricas. Uma delas tem como principal argumento que “[...] o mercado dos planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde o seu início, à urbanização, à industrialização do país, à renda e ao emprego formal” (ALBUQUERQUE et. al. 2008, p. 1422).

Nesta mesma linha, Guerra (1998, p.11) afirma que “[...] o crescimento da medicina de grupo iniciou entre as décadas de 60 e 70”. Já no que concerne ao aspecto regulatório, o autor afirma que “as cooperativas e empresas de medicina de grupo buscaram legislar internamente seus sistemas”. Desta forma não havendo nenhum processo regulatório no setor.

Neste aspecto, dada evolução e abrangência do setor de saúde suplementar e a necessidade de regulamentação, em 03 de junho de 1998, foi promulgada a Lei 9.656 que passou a ser considerado o marco legal do setor de saúde suplementar como apontado pela ANS.

Quanto ao modelo regulamentador empregado no Brasil, é percebido o “[...] forte controle sobre a assistência a saúde e não a atividade econômica em si.” (BAHIA, 2002 apud PIETROBON et.al., 2008, p.771). Tal escolha pode ser entendida pela procura do estado em proporcionar um serviço mais humanitário, acessível e proporcionar a competitividade de mercado, diferentemente de outros países, que a regulamentação é direcionada a atividade econômica, que embora proporcione maiores chances de controle sobre a solvência, acaba trazendo a desumanização e limitações na acessibilidade. Isso decorrente da seleção de riscos por parte das operadoras como levantado por Bahia, (2002) apud Pietrobon et.al. (2008).

“O modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro é diferenciado em relação à experiência internacional. Na maioria dos países, a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor e garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil, optou-se por regular fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos. E a regulação tinha como um dos objetivos principais corrigirem as distorções quanto às seleções de risco e preservar a competitividade do mercado [...]” (BAHIA, 2002 apud PIETROBON et.al., 2008, p.771).

Segundo Macera & Saintive (2004, p.12), “[...] a ANS não surge para regular uma atividade antes realizada por organizações estatais agora privatizadas, mas sim para regular uma atividade privada, já existente”, Neste contexto quanto aos adversos problemas decorrentes da implantação do novo processo regulamentador, pode-se depreender segundo Cecílio et. al. (2005), que a ANS vivia um “ímpeto regulatório” por causa da regulamentação recente e devido ao fato de a ANS vivenciar um processo de auto constituição. Há também o fato de a regulação de planos privados de saúde ser um território político no qual há sempre inconciliáveis e conflitantes interesses como levantado pelo mesmo autor.

Desta forma, partindo do ano 2007 a 2015, é possível observar no Gráfico 1 o número de beneficiários em cada macrorregião brasileira. Tais dados revelam a proporção da influência do setor à sociedade brasileira, conforme levantado por Leal (2014).

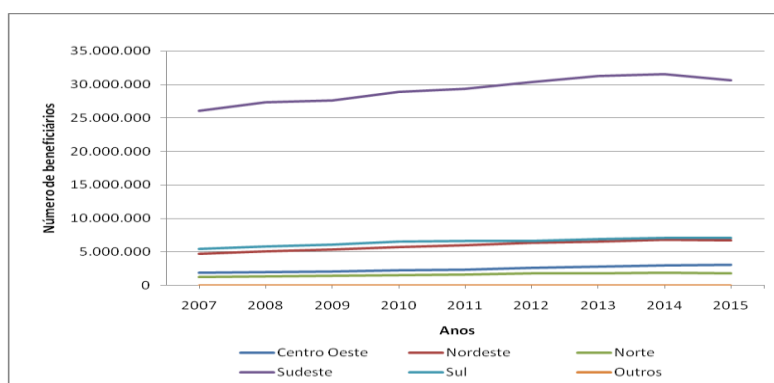


Gráfico 1 - Número de beneficiários de planos médicos hospitalares para as macrorregiões brasileiras de 2007 a 2015. Fonte: Evolução no número de beneficiários segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar- IESS Data (2015).

Como abordado por Albuquerque et.al. (2008, p.1422), “[...] o mercado dos planos privados de assistência à saúde está relacionado, desde o seu início, a urbanização, a industrialização do país, à renda e ao emprego formal”. Ao visualizar o Gráfico1, é possível compreender o grande número de beneficiários na região sudeste, região a qual se concentra grandes polos industriais e grande concentração populacional.

A partir de 2007 até o ano de 2014, pode-se perceber no Gráfico1 o crescimento positivo do número de beneficiários em todas as regiões do país. Já a partir do início de 2014 e final de 2015 é visível o crescimento negativo nas regiões: sudeste, norte, sul e nordeste. Fato este justificado pela Crise política, econômica que afetaram importantes setores industriais brasileiros, que logo repercutiram no setor de saúde suplementar.

Neste âmbito, é possível inferir que o número de beneficiários está diretamente interligado ao tamanho das operadoras médicas hospitalares bem como a influência de danos as operadoras, quando ocorrem diversas oscilações como crises econômicas, altas taxas de desemprego e outros fatores que configuram os riscos externos as operadoras.

Uma vez se tratando de um setor com altos índices de variação de mercado, decorrente a altos índices de ocorrências dos sinistros, em que segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS para o ano de 2016 apresenta a taxa de sinistralidade de 85%. Vale ressaltar que estes são os riscos internos às operadoras. Neste âmbito, o Gráfico2 apresenta a queda do número de operadoras, mostrando assim uma tendência de um mercado centralizador em torno das grandes operadoras.

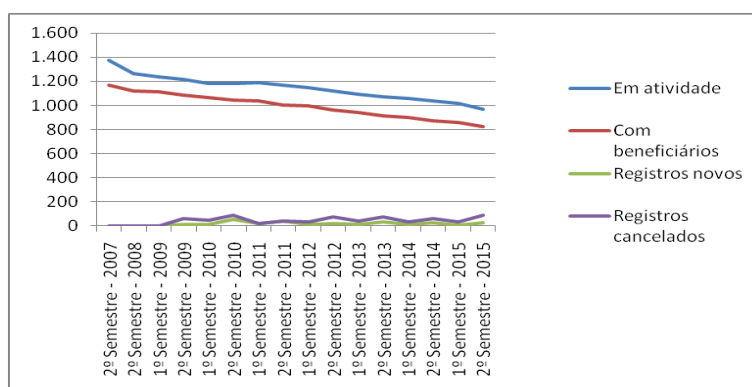


Gráfico 2 - Evolução semestral do número de operadoras médico-hospitalares. Fonte: Evolução semestral do número de operadoras segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar- IESS Data (2015).

Ao analisar de forma simplória o Gráfico2, do segundo semestre de 2007 até o segundo semestre de 2015 é enfatizado o declínio temporal do número de operadoras médico hospitalar em atividades e com beneficiários. Tal ocorrência está relacionada com as operadoras que cancelaram os registros por motivos de falência, insolvência, abrangência de mercado por grandes operadoras entre outros que resumem a má administração e previsões errôneas quanto à solvência.

Diante de tamanha influência e abrangência do setor na sociedade, a necessidade de fiscalização e regulamentação é fundamental. Segundo Brasil (2003), quanto os objetivos básicos e as estratégias diferenciadas de implantação da regulamentação “surgem claramente do marco regulatório e evoluem a partir da ampliação do conhecimento sobre o setor de saúde suplementar”.

Dentre os objetivos da regulamentação adotados pela ANS, “[...] busca-se definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores.” (BRASIL, 2003)

“A regulação busca, portanto, que sejam fortalecidos dois conceitos fundamentais: liquidez e solvência. Liquidez, no caso das operadoras de planos de saúde, é apresentada como o correto dimensionamento das obrigações assistenciais e a manutenção de uma estrutura de ativos suficiente para sua cobertura. Solvência seria a manutenção de capital próprio em volume capaz de fazer frente a eventuais prejuízos, de forma que a operadora consiga atravessar períodos adversos sem comprometer a continuidade de suas operações [...]” (SERRA, 2016, p.29).

Já no que condiz a respeito de normas que regulamentam tais medidas é disposto pela ANS às resoluções, sendo a RDC nº 77 de 17 de julho de 2001, e das demais normas que a atualizaram, até a Resolução Normativa – RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009. “[...] São as chamadas garantias financeiras, traduzidas na exigência de provisões técnicas, ativos garantidores e recursos próprios mínimos”. (SERRA, 2016, p.29).

Entre tais medidas regulamentadoras, os mecanismos de garantias financeiras e assistências destacam as regras prudenciais para as operadoras em atividades que atualmente são:

- Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA;
- Provisão de Eventos a Liquidar;
- Ativos garantidores; e
- Margem de solvência.

Dentre as regras prudenciais citadas, a medida prudencial margem de solvência, apresenta grande problemática quando ocorre sua implantação regulamentadora no setor, podendo levar uma operadora a insolvência e até mesmo a falência, caso não ocorra o correto cálculo. (PEREIRA. et. al. 2003).

3. Margens de solvência

Em 2001, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) introduziu no mercado de saúde, como uma de suas garantias financeiras, a margem de solvência (RDC nº 77/2001). Tal garantia busca a correta gestão de ativos para fim de cobrir os passivos inerentes tanto da manutenção das operadoras como a cobertura sobre as possíveis ocorrências dos sinistros nas mais adversas situações.

“O conceito tradicional de solvência pode ser resumido como a capacidade da Operadora de Planos de Saúde- OPS/Seguradora Especializada em Saúde - SES honrarem com todos os custos assistenciais e compromissos financeiros assumidos, mesmo nas situações mais adversas. Para tal, é necessário que as OPS/SES mantenham recurso suplementar às provisões técnicas necessárias. [...]” (MENDONÇA & HEIJDE, 2015, p.1).

Como abordado pelo mesmo autor, esse período de inexistência de regras fez com que os incentivos negativos do ciclo financeiro invertido gerassem uma descapitalização setorial considerável, cenário no qual a grande maioria das operadoras que atuava no mercado não observava conceitos mínimos de liquidez e solvência.

Segundo Serra (2016, p.29) “[...] dado o enorme período em que o mercado de planos de saúde operou sem regras prudenciais” (de meados dos anos 60 ao início dos anos 2000), praticamente nenhuma operadora constituía tais garantias mínimas de manutenção de equilíbrio econômico-financeiro. “[...] Porém, com exceção das seguradoras especializadas em saúde que preenchiam tais requisitos, graças à regulamentação previamente exercida pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP)”. (SERRA 2016, p.29).

Neste aspecto, tomando como frente às diversificadas frentes teóricas, é visível a problemática no setor de saúde suplementar quanto à regulamentação e implantação no que tange as margens de solvência. Tal problemática parte desde o ano de 1998, o qual ocorreu à primeira medida regulamentadora do setor dada pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, até os dias atuais.

“[...] Quanto à margem de solvência aplicada nas operadoras, ocorre que o mercado de planos de saúde, assim como o mercado segurador, possui uma importante característica: na maioria dos setores da economia, a entrega do produto e/ou serviço ocorre antes do pagamento. No mercado dos seguros e planos de saúde, especialmente no modelo de contratos a preço preestabelecido, se dá o contrário: os serviços contratados são entregues após o pagamento pelos beneficiários, em um ciclo financeiro invertido” (PLANTIN & ROCHET, 2007 *apud* SERRA, 2016, p.27).

Isso ajuda a explicar por que muitas operadoras enfrentam problemas econômico-financeiros. “[...] O ciclo invertido pode gerar falsa percepção de solidez”, como apontado por Pereira et.al.(2003,), o que pode proporcionar decisões equivocadas e perigosas que podem resultar na insolvência e ate mesmo na falência da operadora.

4. Marco da solvência no Setor de Saúde Complementar

No que consiste a forma a qual as previsões das margens de solvência são empregadas, desde o início do marco regulatório do setor de saúde suplementar é apresentado em três momentos de regulamentação:

- O primeiro momento utiliza de fórmulas com percentuais fixos sobre contraprestações e eventos para apuração da margem de solvência estabelecidos pela ANS;
- O segundo momento utiliza tanto o modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde como o modelo de fórmulas com percentuais fixos;
- O terceiro momento utiliza o modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde.

4.1. Primeiro Momento

Segundo a RDC nº 77/2001 estabelece dentre outras medidas o cálculo da margem de solvência, que corresponde à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, na forma da regulamentação, para cobrir o maior montante entre os seguintes valores:

I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos doze meses: de 100% (cem por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço pós-estabelecido; ou

II – 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido.

Serra (2016, p.29-30) aponta que mesmo essas regras apresentam limitações. Dentre estas limitações o autor aborda que “[...] a adoção de fórmulas com percentuais fixos sobre contraprestações e eventos para apuração da margem de solvência, embora confirmem simplicidade, não incentivam uma adequada gestão de riscos por parte das operadoras.” Nesse sentido, os modelos próprios, baseados nos próprios históricos e riscos das operadoras, são superiores. Seguindo a mesma linha do autor, o modo como inferir as margens de solvência varia de acordo com cada operadora, uma vez que cada uma representa uma forma específica de modelagem em suas provisões técnicas dos distintos riscos adotados ou expostos a estas.

4.2. Segundo momento

Segundo a instrução normativa – IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007 bem como a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, apresentam a livre escolha da Operadora de Planos de Saúde optar por utilizar o modelo baseado nos próprios riscos ou a utilização de fórmulas com percentuais fixos. Já a resolução normativa – RN nº 373, de 7 de abril de 2015, altera a RN nº 209, porém ainda utilizando fórmulas com percentuais fixos apenas alterando os percentuais de proporção cumulativa mínima mensal.

4.3. Terceiro momento

A instrução normativa IN - nº 51, de 18 de maio de 2015, regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação do cálculo da margem de solvência, constante de regulamentação específica, com a utilização de modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde.

5. Discussão

Mediante a grande quantidade de beneficiários existentes no setor e o reduzido número de operadoras, são evidentes as proporções dos danos caso ocorra à insolvência ou a falência de grandes operadoras de saúde, seja pelo dimensionamento incorreto das medidas prudenciais adotadas pela ANS ou pela má gestão financeira. No que tange as medidas prudenciais em específico as margens de solvência é visível um processo de transição quanto à forma como calculado.

Tomando o primeiro momento do processo regulamentador dos cálculos das margens de solvência que se iniciou com a RDC nº 77/2001 até a IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007, com a utilização de fórmulas com percentuais fixos sobre contraprestações e eventos para apuração da margem de solvência. Não é possível realizar uma relação concisa, mediante a não existência de dados significativos do setor decorrente ao processo de regularização do setor junto a ANS.

No segundo momento, dado o processo transitório que parte da instrução normativa IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007 até RN nº 373, de 7 de abril de 2015, utiliza tanto o modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde como o modelo de fórmulas com percentuais fixos. Neste âmbito, quando relacionado o processo de transição com o número de operadoras médicas hospitalares com beneficiários, é evidente o crescimento negativo do número de operadoras (Gráfico2).

O crescimento negativo pode estar relacionado com o mau dimensionamento quanto às margens de solvência, bem como as outras medidas prudenciais por parte das operadoras que declararam falência ou apresentaram insolvência. Já no que se refere a influência dos dois tipos de modelos empregados de cálculos para margens de solvência no período quanto à insolvência das operadoras, não foram encontrados. Assim não podendo inferir qual tipo de modelo foi o responsável pelo crescimento negativo do número de operadoras.

Já o terceiro momento que ocorre a partir da RN nº 373, de 7 de abril de 2015, até a atualidade com a utilização de modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde é possível perceber aumento no crescimento de forma negativa, porém não é possível inferir se a adoção de tal medida apresenta significância ou não a respeito das operadoras que cancelaram o registro .

No entanto dado o processo transitório do cálculo de margens de solvência, que parte da utilização de fórmulas com percentuais fixos sobre contraprestações e eventos, para utilização do modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde, é evidente que os “[...] modelos próprios, baseados nos próprios históricos e riscos das operadoras, são superiores” como abordado por Serra (2016, p.29).

Já no que condiz aos marcos da solvência é percebido que está diretamente ligada às medidas regulamentadoras adotadas quanto ao dimensionamento das margens de solvência, isso no ponto de vista de análise de riscos internos. Pois quanto aos riscos externos às operadoras como crises econômicas, altas taxas de desempregos e entre outros, não são considerados na medida prudencial.

Neste âmbito, tomando como exemplo do a Unimed Paulistana que faliu em janeiro de 2016, após uma “crise financeira” afetar a cooperativa. Segundo a ANS a operadora tinha 744 mil beneficiários. Onde segundo a Resolução Operacional (RO) nº 1.986, decretou a liquidação extrajudicial da operadora Unimed Paulistana. A medida encerra o processo de retirada ordenada e definitiva dessa empresa do mercado de planos de saúde

“A Unimed Paulistana enfrenta há anos uma crise financeira e fechou em 2014, com patrimônio líquido negativo em R\$ 169 milhões e um passivo tributário de R\$ 263 milhões, segundo o último relatório de gestão. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diz que, desde 2009, instaurou quatro regimes especiais de direção fiscal e dois regimes de direção técnica por causa de anormalidades assistenciais e administrativas graves. “(Portal G1, **Unimed Paulistana: entenda a crise e como fica a situação dos clientes**. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/09/entenda-crise-na-unimed-paulistana-e-como-fica-situacao-dos-clientes.html>. Acessado em: 19 de Nov.2016).

Neste contexto, é evidente a má gestão da operadora, bem como a ineficiência da ANS em aplicar medidas restauradoras e prudenciais para reverter o caso da Unimed paulistana. Uma vez que desde 2009 a ANS vem acompanhando e realizando medidas intermediadoras visando o processo regulamentador implantado pela mesma. Assim colocando em dúvida a eficácia das medidas regulamentadoras adotadas pela agência e a forma como são introduzidas no mercado.

A ineficiência do modelo de regulação do setor de saúde suplementar brasileiro pode estar relacionada à forma como se optou regular o mercado como abordado por Bahia; V. (2002, apud Pietrobon. et.al., 2008, p.771), “[...] onde se optou por regular fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos.”

Segundo Mendonça, et. al.(2015, p.3) “[...] afirmam que ANS ao estabelecer todas as provisões necessárias ao setor acarretará no aumento desnecessário do valor do modelo interno, uma vez que a margem de solvência consiste na alocação de capital.” Seguindo a forma como a ANS regulamenta o setor quanto ao “[...] produto oferecido” (BAHIA, 2002 apud PIETROBON et.al., 2008, p.771) e tomando o exemplo da insolvência da Unimed Paulistana, é possível inferir quanto às margens de solvência, que não são considerados dentre o dimensionamento os distintos fatores econômicos, sociais e outros, que configuram como fatores externos ao setor caracterizados como “imprevisíveis”.

6. Considerações Finais

Com a realização do presente estudo, embora não aprofundado no aspecto quantitativo e estatístico, foi possível inferir parte das problemáticas vivenciadas no setor quanto aos marcos regulamentadores, em específico as margens de solvência, e apontar parte das principais frentes teóricas ao decorrer do processo regulamentador até a atualidade. Já no que concerne a novos estudos referentes às margens de solvência bem como outras medidas prudenciais no setor de saúde suplementar, é possível tanto o aprofundamento como o conhecimento de novos horizontes, por se tratar de um segmento novo no âmbito atuarial.

Referências bibliográficas

- ALBUQUERQUE, C., PIOVESAN, M. F., SANTOS, I. S., MARTINS, A. C. M., FONSECA, A. L., SASSON, D., & SIMÕES, K. D. A.. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & saúde coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.
- BAHIA, L.; VIANA, A. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- BRASIL. Lei n.º 9.961/2000. Dispõe sobre a criação da ANS. Brasília, 2000.
- BRASIL. Resolução normativa - RN n.º 373, de Sete de abril de 2015. ANS.
- BRASIL. Resolução de diretoria colegiada - RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001. ANS
- BRASIL. Lei n.º 9.656, de três de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, n. 4, 2003.
- BRASIL. Instrução normativa – IN n.º 51, de 18 de maio de 2015, ANS.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa – RN n.º 209, de 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre os critérios de manutenção de recursos próprios mínimos e constituição de provisões técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 dez. 2009. Disponível em: (http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1571). Acessado em: 25/09/2016
- CECÍLIO, L. C. de O. et al. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: MS/ANS. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais em saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005. p. 63-74.
- GUERRA, Lucylene Lemos. *Estratégia de Serviços das Empresas que Operam Planos/ Seguros de Saúde no Brasil: Cooperativas, Empresas de Medicina de Grupo e Seguradores*. Cadernos de seguros: teses, v. 3, n. 9, 1998.
- IESS Data. Disponível em: <http://www.iess.org.br/iessdata/#/painel>. Acessado em: 18 de Nov. de 2016.
- LEAL, Rodrigo Mendes. *O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde*. 2014. Tese de Doutorado. Tese de doutorado do Programa de Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento, do Instituto de Economia da UFRJ.
- MACERA Andrea Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. *O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil*. 2004.
- MENDONÇA Daniela; HEIJDE Mary Van Der. *Solvência na saúde*. Conselhos Milliman. 2015
- PEREIRA, Carlos; MONTONE, J.; WERNECK, A. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Montone J, Werneck A, organizadores. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar*, v. 3, p. 93-120, 2003.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis (Rio J.)*, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PLANTIN, G.; ROCHET, J.- Ch. Quando as seguradoras vão à falência: uma análise econômica do papel e da concepção da regulação prudencial. Princeton/ Oxford: Princeton University Press, 2007.

SERRA, CESAR. Saúde suplementar. Cadernos de seguro. Rio de Janeiro. ANS, 2016. Disponível em: <<http://cadernosdeseguro.funenseg.org.br/secao.php?matéria=716>>. Acessado em: 25/09/2016 Unimed Paulistana: entenda a crise e como fica a situação dos clientes. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/09/entenda-crise-na-unimed-paulistana-e-como-fica-situacao-dos-clientes.html>. Acessado em: 19 Nov 2016.