



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS (CCSA)**  
**DEPARTAMENTO DE FINANÇAS E CONTABILIDADE (DFC)**  
**CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS ATUARIAIS (CCA)**

**JOÃO RODRIGUES NETO**

**SUFICIÊNCIA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À  
GARANTIA DE LASTRO DAS PROVISÕES**

**JOÃO PESSOA, PB**

**2019**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

N469s Neto, Joao Rodrigues.

Suficiência das Operadoras de Planos de Saúde em  
relação à garantia de lastros das provisões / Joao  
Rodrigues Neto. - João Pessoa, 2019.

46 fls. : il.

Orientação: Ionara Stéfani Viana de Oliveira.  
Monografia (Graduação) - UFPB/CCSA.

1. Ativos Garantidores. Provisões. Saúde Suplementar.  
I. Oliveira, Ionara Stéfani Viana de. II. Título.

UFPB/CCSA

**JOÃO RODRIGUES NETO**

**SUFICIÊNCIA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À  
GARANTIA DE LASTRO DAS PROVISÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de Ciências Atuariais na UFPB, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Ciências Atuariais.

**Área de concentração:** Seguros.

**Orientador(a):** Prof. Me. Ionara Stéfani Viana de Oliveira.

**JOÃO PESSOA, PB**

**2019**

**JOÃO RODRIGUES NETO**

**SUFICIÊNCIA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À  
GARANTIA DE LASTRO DAS PROVISÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de Ciências Atuariais na UFPB, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Ciências Atuariais.

**Área de concentração:** Seguros.


**Orientador(a):** Prof. Me. Ionara Stéfani Viana de Oliveira.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Ma. Ionara Stéfani Viana de Oliveira

Orientadora  
UFPB

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Anna Fátima Fernandes Freire  
Membro avaliadora  
UFPB

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Me. Herick Cidarta Gomes de Oliveira  
Membro avaliador  
UFPB

“O tempo não é algo que possa voltar para trás, portanto, plante seu jardim e decore sua alma ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.”

(William Shakespeare)

## AGRADECIMENTOS

Realizar um trabalho como este requer bastante dedicação e motivação para captar todo o conhecimento passado adquirido e os que se adquire durante o processo de construção para um trabalho organizado e didático. Contudo, jamais teria o êxito de alçar as conquistas da minha vida se não fosse a permissão divina. Uma energia tão complexa e singular ao mesmo tempo que me deu forças todos os dias para jamais pensar em desistir dos meus sonhos nem tão outrora este singelo trabalho.

Agradeço aos meus pais, Gilca Vieira e Acácio Rodrigues, que me são referência de tudo que é mais sagrado nessa vida e, desde então, compartilho com eles todos os créditos de vitórias que me foi conquistado até então. Agradeço a minha tia-mãe Maria Girlene por ser minha melhor amiga, irmã, “pseudo-psicóloga” que sempre me motivou e fez de tudo para me dar força e subsistência para seguir adiante; às minhas tias paternas que são a união de tudo o que me é de mais fraterno e força de vontade. Minha irmã, companheira e meu “braço direito”, Karisa Vieira, por sempre, com seu jeito de ser, me dá forças, sustento e amor, para sempre me ver em busca do sucesso.

Agradeço aos meus amigos especiais que sempre morarão no meu “coração”, José Denis Torquato, a Silvana Vitória de Alencar e a Elisângela Alencar que são minha família fora de casa, dando-me todo amor, carinho e suporte que só os amigos verdadeiros fazem uns pelos outros. A Danielle Diniz que sempre esteve presente durante toda a graduação.

Esforço e perseverança são a tradução de tudo o que foi minha vida em João Pessoa, PB. Cidade esta, um paraíso em que poucas pessoas têm o privilégio de morar, onde conheci pessoas magníficas e acolhedoras, gente de bom coração, vizinhos maravilhosos que estão sempre de prontidão em fazer jus ao que é de mais bonito no ser humano: a compaixão.

Por fim, sou grato a tudo. À Deus, a minha família, aos meus amigos e a todo o povo de João Pessoa. Carrego no peito e na alma a mais singela homenagem e gratidão a vida que se torna gradativamente magnífica em viver. Saúdo a todo o corpo docente e a coordenação do curso de Ciências Atuariais e parablenizar por todo o trabalho e dedicação prestada à ciência e aos alunos.

## RESUMO

O presente trabalho tem por temática geral a análise de suficiência técnica dos ativos que são destinados à garantia de lastro das provisões constituídas para honrar com seus compromissos para com os beneficiários, no caso, as provisões de sinistro a liquidar; de sinistros ocorridos e não avisados e de remissão. Nesse sentido, delimitou-se como objetivo geral a verificação da suficiência técnica dos ativos garantidores das operadoras de planos de saúde do Brasil e objetivos específicos, elaborar, seguindo as normas vigentes, índice para verificação conforme os grupamentos: Medicina de Grupo, Cooperativa Médica e Seguradoras Especializadas em Saúde. A justificativa para a escolha do tema se dá pela influência da saúde suplementar no país, remontando uma estrutura econômica de grande impacto no cenário atual. O trabalho teve suporte teórico brevemente limitado por não haver tantas obras relacionados ao tema, contudo o trabalho usufruiu de literaturas e trabalhos como Martins, Diniz e Miranda (2018), Veiga (2014), Soares (2006), Ferreira (2014), dentre outros, os quais propõem análises financeiras, conjunturas econômicas e capacidade de solvência do setor de saúde suplementar como das entidades prestadoras de serviço de saúde. Quanto aos aspectos metodológicos, as análises foram feitas com base nas demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde contidas na base de dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) sob uma análise longitudinal do ano de 2010 ao ano de 2019. Os resultados apontaram para o fato de que as três modalidades, menos da metade encontram-se suficientes. Dada proporcionalidade de 5,56% para as Cooperativas Médicas, 12,40% para as Medicinas de Grupo e 33,33% para as Seguradoras Especializadas em Saúde no contexto geral das provisões.

**Palavras-chave:** Ativos Garantidores. Provisões. Saúde Suplementar.

## ABSTRACT

The present paper has as its general theme the analysis of technical sufficiency of the assets that are intended to guarantee the guarantee of the Actuarial Liabilities constituted to honor its commitments to the beneficiaries, in this case, the provisions of incurred but not reported claims; outstanding claims reserves and remission. In this sense, the general objective was to verify the technical sufficiency of the Guarantor Assets of the health plan companies in Brazil and specific objectives, to elaborate, following the current rules, an index for verification according to the groups: Group Medicine, Medical Cooperative and Specialized Health Insurers. The reason for choosing this theme is the influence of supplementary health in the country, dating back to an economic structure of great impact in the current scenario. The paper had theoretical support briefly limited because there are not so many works related to the theme, however the work enjoyed literature and works such as Martins, Diniz and Miranda (2018), Veiga (2014), Soares (2006), Ferreira (2014), among others. others, which propose financial analyzes, economic conjunctures and solvency capacity of the supplementary health sector as well as health service providers. Regarding the methodological aspects, the analyzes were made based on the financial statements of the health plan operators contained in the database of the National Health Agency (NHA) under a longitudinal analysis from 2010 to 2019. The results pointed a low sufficient index to the three modalities showing a percentage that less than a half of each modality are sufficient to assets guarantee. The proportionality is 5.56% to Medical Cooperatives, 12.40% to Group Medicines and 33.33% to Specialized Health Insurers in the general provisions context.

**Keywords:** Guarantor Assets. Provisions. Supplemental Health.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil-2008-2018).....	13
Gráfico 2: Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do 2018 (Brasil – 2008-2018).....	14
Gráfico 3: Composição regional das Cooperativas Médicas no Brasil.....	33
Gráfico 4: Composição regional das Medicina de Grupo no Brasil.....	34
Gráfico 5: Porcentagem das OPS suficientes por modalidade.....	36
Gráfico 6: Índice de Suficiência Técnica das Operadoras de Planos de Saúde, dadas modalidades, de 2010 a 2019.....	37
Gráfico 7: Análise Horizontal das contas: Ativos Vinculados às Provisões Técnicas e a soma da PEONA, PESL e PR, de 2011 a 2019.....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Cenário Das Provisões.....	20
Tabela 2: As dez Cooperativas Médicas mais suficientes em relação as demais no 1º trimestre de 2019.....	31
Tabela 3: As dez Medicina de Grupo mais suficientes em relação as demais no 1º trimestre de 2019.....	32
Tabela 4: IST e características das Seguradoras Especializadas em Saúde.....	35

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxa de cobertura de assistência média por Unidades da Federação (Brasil – Janeiro/2009).....	16
Figura 2: Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos por Unidades da Federação (Brasil – Janeiro/2009).....	17
Figura 3: Ilustração da composição e vinculação dos grupos do Balanço Patrimonial.....	28
Figura 4: Ilustração da vinculação dos Ativos Garantidores.....	29

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Justificativa</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Objetivo</b>	<b>10</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Modalidades das Operadoras De Planos De Saúde</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Provisões Técnicas</b>	<b>18</b>
2.2.1 Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA)	19
2.3.2 Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos (PESL)	21
2.3.3 Provisão para Remissão	22
<b>2.4 Ativos Garantidores</b>	<b>23</b>
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Definições da Amostra</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Procedimentos de Análise</b>	<b>27</b>
<b>4 ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para os órgãos reguladores e para os analistas em geral, o ramo de Saúde Suplementar, com base na Lei nº 9.656, de junho de 1998, corresponde ao plano privado de assistência à saúde. Dessa forma, a saúde suplementar configura-se na prestação de serviços ou cobertura de custos assistenciais por um preço estabelecido e acordado, por meio de um contrato, entre a Operadora de Plano de Saúde (OPS) e o assistido (BRASIL, 1998). As Operadoras de Planos de Saúde compõem o suplemento à saúde, nas suas diversas modalidades, com prestação de serviços médico-hospitalares e odontológicos.

Albuquerque *et al* (2007) explanam que a Saúde Suplementar tem um papel representativo na economia e no mercado de prestação de serviços. Diante dessa representatividade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 2000, tendo a regulamentação das práticas e nuances do mercado de saúde suplementar e fiscalização das Operadoras de Planos de Saúde como função (ANS, BRASIL, 1998). A ANS também instrui as práticas atuariais que são responsáveis tanto para calcular os valores das contraprestações quanto por fazer análises para mensuração das obrigações presentes e futuras para com os usuários dos planos. Essas obrigações também são constituídas na forma de Provisões Técnicas (FILHO, 2014).

As práticas atuariais, tendo como ferramenta os cálculos atuariais e as análises de riscos mais precisas, são necessárias no que tange à composição das Provisões Técnicas e estudos de ruína (insolvência). Para isso, a ANS criou a Resolução Normativa nº 393, de dezembro de 2015, que dispõe sobre os critérios de constituição dessas Provisões Técnicas na saúde suplementar e que podem ser definidas como: Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA), Provisão de Sinistros a Liquidar (PSL) e Provisão para Remissão.

A ANS percebeu a necessidade de que as OPS garantissem as provisões, mensuradas atuarialmente/estatisticamente, dado que elas são obrigações futuras para com os usuários e prestadoras (ANS, 2015). Assim, dispõe na Resolução Normativa nº 392, de dezembro de 2015, que as obrigações atuariais do plano terão de ser garantidas pelas entidades por meio de uma conta no ativo da entidade, na qual estarão inseridos ativos financeiros que futuramente serão convertidos em

unidades monetárias para liquidez das provisões. Nessa mesma resolução, direcionam-se sobre a constituição e atualização das características da conta Ativos Garantidores, como também a forma de tratamento financeiro.

### 1.1 Justificativa

Diante do exposto, percebe-se a influência da saúde suplementar tanto na composição da estrutura econômica nacional quanto à composição do sistema de saúde no Brasil. Contudo, como mostram os órgãos reguladores, houve diversos cenários econômicos que levaram muitas OPS à ruína (SÁ, 2012). Vale ressaltar que os Ativos Garantidores são bens investidos em outros bens de terceiros, como também em títulos e valores mobiliários que, dependendo da situação do mercado e macroeconômica, podem não estar suficientes para garantir as provisões técnicas (BACEN, 2015).

Desse modo, o presente trabalho teve como questão de pesquisa: ***As operadoras estão suficientes em relação à garantia de lastro das provisões técnicas?*** Pois verificar essa suficiência, por meio de um índice elaborado, serve para complementar as análises de solvência e de risco das OPS realizadas pela Agência Nacional de Saúde e por outrem.

### 1.2 Objetivo

O objetivo geral deste trabalho foi verificar a suficiência de ativos garantidores das Operadoras de Planos de Saúde em relação à garantia de lastro das provisões técnicas. Em decorrência disso, o objetivo específico consistiu na análise de suficiência segundo grupamentos por modalidade das OPS, a fim de identificar se há padrões nos contextos de suficiência apurados.

Este trabalho buscou complementar os demais estudos no que se refere à análise de risco para tomada de decisões em busca da garantia de liquidez das operadoras mediante um indicador elaborado que refle, em suma, a situação atuarial/financeira das entidades de saúde suplementar e que pode ser entendido seguindo os princípios básicos de análise e constituição dos índices de liquidez em geral. Logo, como resultado estimado, esperou-se que as operadoras mais suficientes fossem as de grande porte para todas as modalidades analisadas.

Este trabalho está dividido em quatro seções. A primeira aborda a contextualização do trabalho, trazendo conceitos prévios dos componentes a serem

estudados. A segunda traz as principais definições e conceitos do conteúdo abordado para entendimento do tema e proposta do trabalho. A terceira mostra a metodologia do trabalho, apresentando índice de elaboração própria a fim de compor junto aos demais índices financeiros para contribuir nas análises que *a posteriori* servirão para tomada de decisões. Por conclusão, a quarta apresenta a análise dos resultados e as considerações finais do trabalho respectivamente.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Modalidades das Operadoras De Planos De Saúde

A Agência Nacional de Saúde (ANS) classifica, de forma geral, como Operadoras de Planos de Saúde (OPS) todas aquelas instituições que oferecem planos de saúde mediante um pagamento mensal para ter gozo dos serviços prestados e firmados por um contrato. Quanto a seu porte, a agência define como:

- I. **Operadora de pequeno porte:** as operadoras com número de beneficiários inferior a 20.000 (vinte mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior;
- II. **Operadora de médio porte:** as operadoras com número de beneficiários entre 20.000 (vinte mil), inclusive, e inferior a 100.000 (cem mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.
- III. **Operadora de grande porte:** as operadoras com número de beneficiários a partir de 100.000 (cem mil), inclusive, apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.

Pode-se classificar uma Operadora de Plano de Assistência à Saúde como um conjunto de entidades ou empresas controladoras na qual estão divididas por modalidades. Os planos privados de assistência à saúde possuem duas grandes segmentações: planos de assistência médica (que podem incluir assistência hospitalar, ambulatorial e odontológica) e planos exclusivamente odontológicos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007).

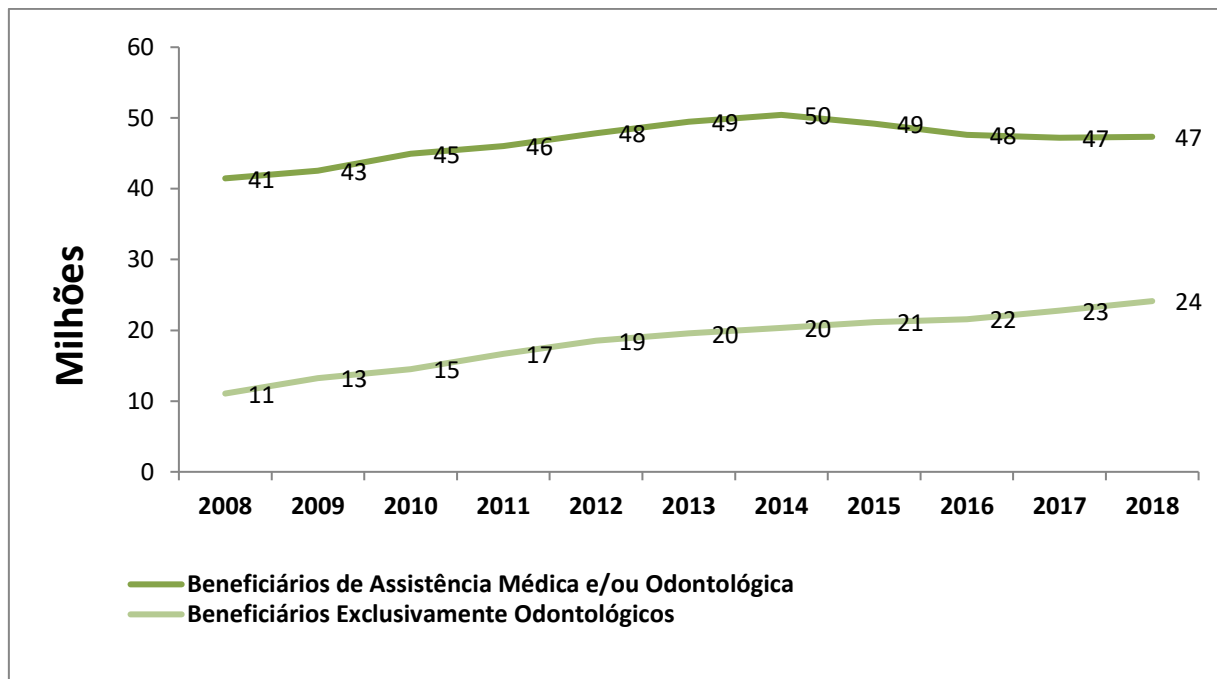
A Lei nº 9.656, de junho de 1998, define Operadora de Plano de Assistência à Saúde em seu artigo primeiro como uma “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço ‘pré’ ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde”. A OPS é constituída na forma de pessoa jurídica e que possui carteira de clientes, o qual se trata de um conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou, mais comum, de serviços de assistência à saúde (BRASIL, 1998). A ANS reconhece a modalidade dessas operadoras e classifica as mesmas pela área de mercado e consumidores alvos. A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de outubro de 2000, dispõe, quanto à atenção prestada no art. 3º:



Art. 3º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em: I médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou II odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano. Parágrafo único. Não se aplica a disciplina deste artigo às autogestões e às administradoras.

Os gráficos 1 e 2 mostram o crescimento da quantidade de beneficiários do ano de 2008 até o ano de 2018 que reflete a evolução e participação do setor de saúde suplementar na economia do país na última década. Percebe-se que do ano de 2008 até o ano de 2018 a quantidade de beneficiários teve um aumento de 14,63% para os de planos de assistência médica e 118,18% para os planos exclusivamente odontológicos, como mostra o gráfico 1.

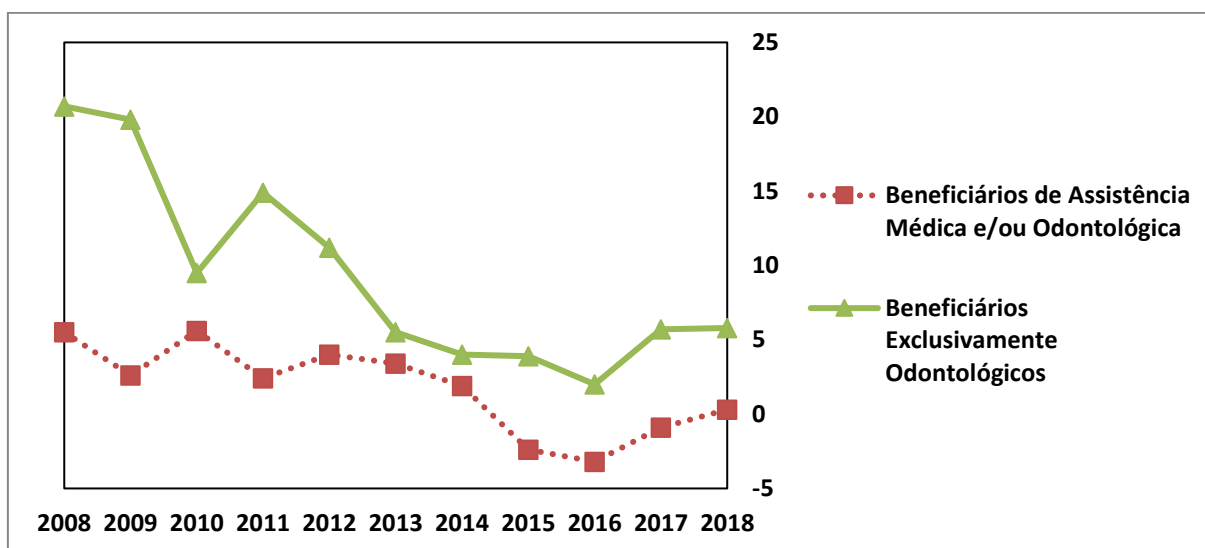
Gráfico 1: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2008-2018).



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS.

Contudo, a participação das Operadoras de Planos Exclusivamente Odontológicos teve um ritmo de crescimento não correspondente ao processo gradativo averiguado no caso dos planos médicos, como se pode observar no gráfico 2.

Gráfico 2: Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do 2018 (Brasil – 2008-2018).



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS.

A ANS segmenta as OPS conforme a resolução supracitada e classifica as modalidades em: Cooperativa Médica; Cooperativa Odontológica; Autogestão; Medicina de Grupo; Odontologia de Grupo ou Filantropia.

As Cooperativas são formalmente definidas, tanto a médica quanto a odontológica, como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formados por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas (DUARTE, 2001).

As Cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração) (DUARTE, 2001).

Na modalidade de Autogestão, as empresas elaboram o desenho de seus planos de saúde e definem as regras de operacionalização. Elas arcam com os riscos, utilizando o regime de pagamento por serviços prestados. As mesmas podem administrar o plano diretamente ou contratar uma administradora especializada e, para o atendimento, podem dispor de serviços próprios, geralmente ambulatoriais, e/ou utilizar a rede credenciada (DUARTE, 2001), ou seja, destinam-se aos

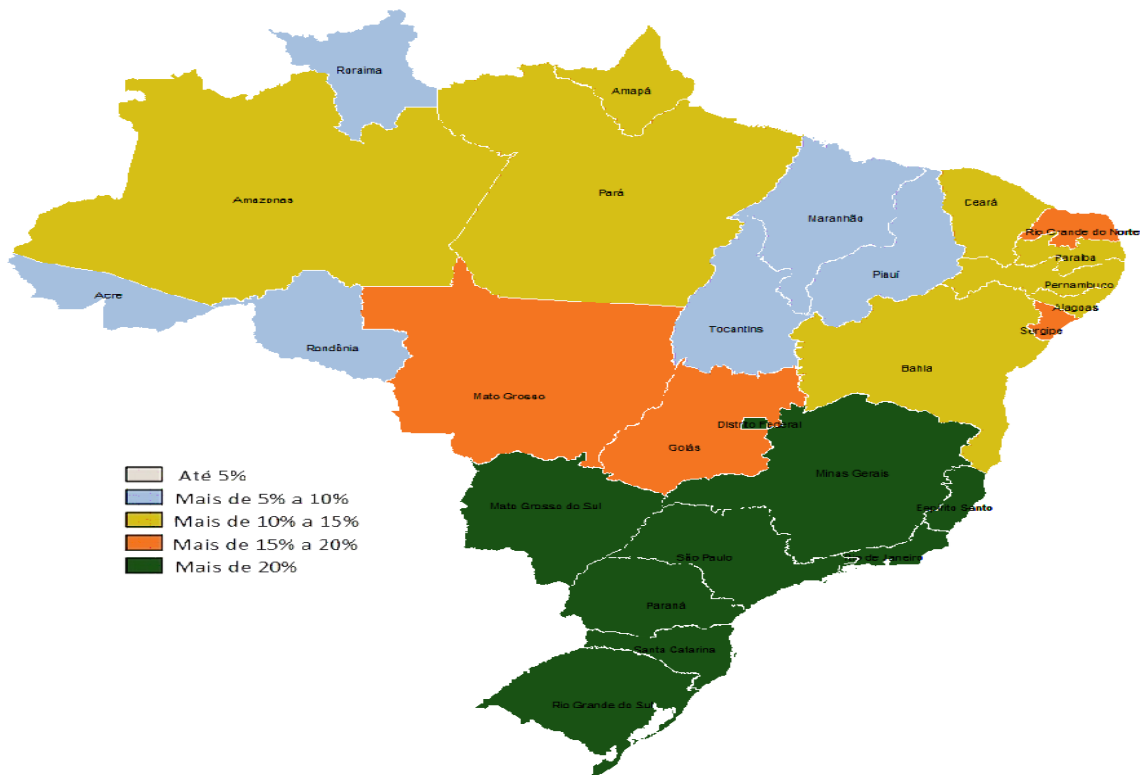
empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.

Empresas de Medicina de Grupo são aquelas que prestam assistência médico-hospitalar mediante contraprestações pecuniárias – em regime de pré-pagamento –, com ou sem fins lucrativos. Subdividem-se naquelas que mantêm uma infraestrutura baseada, em suma, em recursos próprios, sendo os médicos seus empregados, ou as que utilizam recursos credenciados (PERRIN, 1997). Ou seja, as OPS, na modalidade de Medicina de Grupo, são empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde (PPAS) (ANS, BRASIL, 2000).

A Odontologia de Grupo é demonstrada por empresas ou entidades que operam exclusivamente com planos odontológicos e as Filantropias são entidades sem fins lucrativos que operam PPSA e tenham obtido certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério ao qual compete sua função (ANS, BRASIL, 2000). Por sua vez, é preciso estar dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça, ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente.

Conforme a lei nº 9.656, de junho de 1998 e lei nº 10.185, de fevereiro de 2001, as Seguradoras Especializadas em Saúde (SES) são classificadas em âmbito de operadoras que prestam serviço de assistência à saúde às pessoas física e jurídica. Estas são contituídas e regulamentadas pela ANS com registro na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante reembolso de despesas auferidas. Neste caso, as SES não prestariam serviços assistenciais ao beneficiário (segurado) e sim supririam as despesas gastas por ocasião de sinistros relativos à saúde, conforme a contratação da apólice (ALMEIDA; SANT'ANNA, 2009).

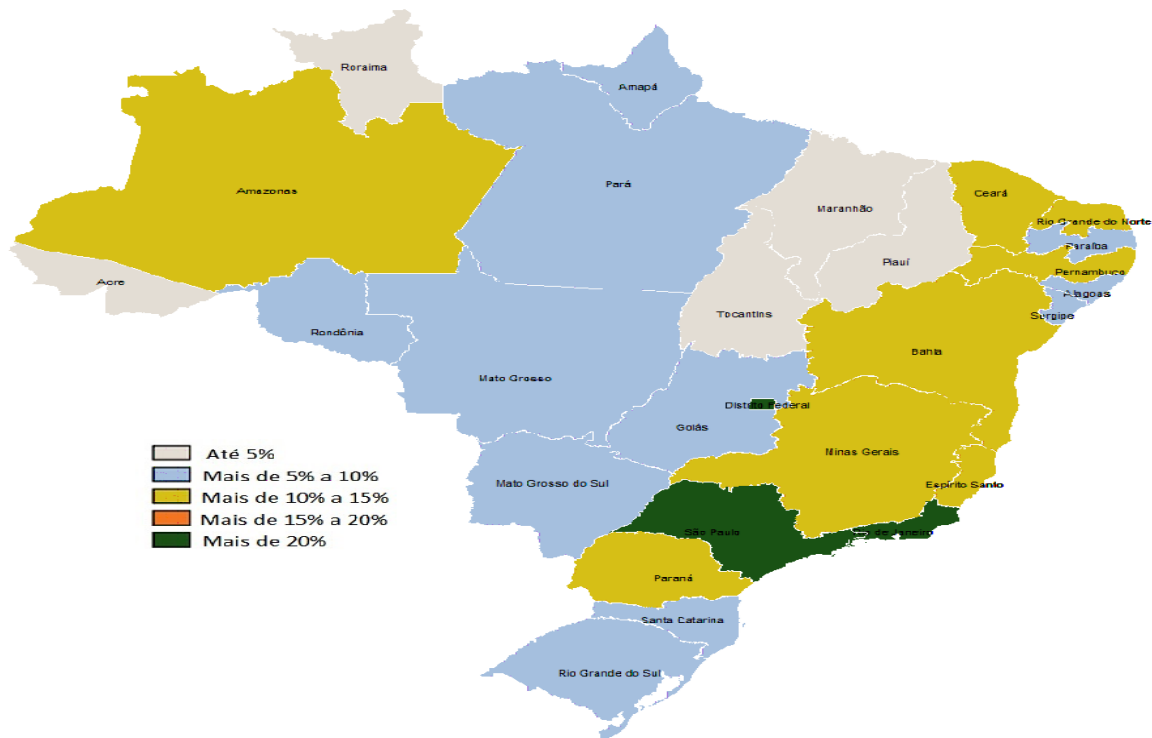
Figura 1: Taxa de cobertura de assistência média por Unidades da Federação (Brasil – Janeiro/2009).



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS - 01/2019 e População - IBGE/DATASUS/2012.

Sobre uma visão geral, com relação às figuras 1 e 2, a distribuição das operadoras agrupadas por modalidade permaneceu constante ao longo da última década. As operadoras que atuam com filantropia e medicinas de grupo representam 40% do total das operadoras, sendo a cooperativa médica uma representatividade de 16% e o notório percentual de 27% correspondente as operadoras que atuam como cooperativa odontológica e odontologia de grupo (NITÃO, 2004).

Figura 2: Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos por Unidades da Federação (Brasil – Janeiro/2009).



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS - 01/2019 e População - IBGE/DATASUS/2012.

Em relação à distribuição das operadoras por Regiões Administrativas e Estados da Federação (UF), o maior percentual de operadoras encontra-se na Região Sudeste: sendo a distribuição por UF: São Paulo, com 34%, Minas Gerais, com 12,54 e o Rio de Janeiro, com 12,54%. Em seguida, encontra-se a Região Sul, com 17,13%. A Região Norte é onde se concentra o menor número de operadoras, correspondendo a apenas 3,11% do total de operadoras do país (NITÃO, 2004).

Anterior às conclusões finais deste trabalho, é importante observar estudos correlatos ao tema que demonstram constatações quanto à solvência e conjuntura das operadoras de planos de saúde para possíveis convergências. Isso firma e embasa como foi fundado as análises realizadas e como se aconselha pensar sobre os resultados finais.

No trabalho de Baldassare (2014), verificou-se que a dentro composição das SES a maioria são de grande porte, e mais de 50% das operadoras de médio ou grande porte nas Cooperativas Médicas. Já nas modalidades de autogestão de medicina de grupo, a predominância é de operadoras de pequeno porte. Essas observações complementam ao que foi constado no que tange à abrangência local e

ao porte das OPS da amostra desta pesquisa. Ainda neste estudo, foi apontado que as operadoras de pequeno porte apresentaram melhores resultados, com maiores índices de rentabilidade, liquidez e menor sinistralidade.

A análise de solvência de operadoras pode ser encontrada no estudo de Sá, Júnior e Reinaldo (2017). O estudo analisou, por meio da simulação de Monte Carlo, os impactos gerados pelas flutuações da geração e aumento: de custos assistenciais, de despesas administrativas e da reserva de risco. Como conclusão, o trabalho apresentou uma probabilidade de ruína da OPS específica de 99,28% nos próximos dez anos, a contar de 2017, com um reajuste de 10% sobre os prêmios, tendo por foco o ano de 2017. Por mais que essa análise tenha sido obtida de OPS específica de pequeno porte, pode ser tomada conclusões em um contexto geral visto que as operações realizadas pelas operadoras são semelhantes quanto as demais e elas fazem parte de uma mesma conjuntura econômica e regulamentar, por sua vez, apresentando uma alta probabilidade de insolvência.

## **2.2 Provisões Técnicas**

O objetivo da constituição das Provisões Técnicas é fazer parte da preservação da solvência de uma operadora. A solvência é conhecida como a capacidade de uma empresa de ter as devidas condições de honrar todas as suas obrigações financeiras. Assim sendo, uma companhia é considerada “solvente” quando apresenta segurança ao pagar todas as suas contas e de quebra permanecer com certa reserva de patrimônio considerável, o que acaba gerando um bom cenário de lucro e também assegura sua sobrevivência por um bom tempo (EGESTOR, 2017).

Nessas instâncias, Melo e Neves (2012) afirmam que, durante treze anos de regulação do mercado de saúde suplementar, foram criadas diversas resoluções e uma série de normas relacionadas ao aspecto econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, principalmente no que se refere à solvência.

Como exemplo de regulamentação, a ANS dispõe a Resolução Normativa (RN) nº 393, de dezembro de 2015, que dita os critérios de constituição de Provisões Técnicas. Conforme consta no artigo terceiro desta resolução, as OPS devem constituir as provisões, geridas e calculadas atuarialmente, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis/financeiras, pois elas são necessárias para

que haja a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que apresentem Nota Técnica Atuarial (NTA) e que esses pareceres sejam aprovados pelo órgão regulador. Como regra, as metodologias atuariais utilizadas devem ser definidas por atuário legalmente habilitado. A RN, ainda dita, em parágrafo único, que a responsabilidade das metodologias é do atuário e da OPS, devendo sempre comunicar à ANS a promoção dos ajustes e/ou substituição do método utilizado sempre que houver necessidade.

A constituição das Provisões Técnicas se dá por diversas metodologias impostas pelos órgãos reguladores e fiscalizadores como a ANS, para área de saúde suplementar, e a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), para as seguradoras e Entidades Fechadas de Previdência Complementar (EFPC). Elas são criadas por meio de montantes que refletem os riscos inerentes às operações de assistência à saúde como o objetivo de garantir as obrigações futuras (COSTA, 2010). Dentre elas, são do âmbito atuarial: a Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA), Provisão de Eventos (termo utilizado na saúde suplementar) ou Provisão de Sinistros a Liquidar (PESL) e a Provisão para Remissão.

### 2.2.1 Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA)

Constituir provisões técnicas é uma das formas que compõe a garantia da solvência da entidade, seja uma operadora, uma entidade securitária ou quaisquer entidades que lidem com risco. Estar solvente significa que a entidade possui mais recursos disponíveis do que suas obrigações, ou seja, possuir ativos maiores que passivos (VEIGA *et al.*, 2014). Assim, a Provisão Para Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) é uma dentre as provisões técnicas constituídas para atender às práticas que buscam garantir a solvência, estimando um montante futuro correspondente ao pagamento de sinistros que ocorreram, porém não foram avisados à operadora.

Para o cálculo da PEONA, a ANS dispõe a metodologia de cálculo que é aderido para aquelas operadoras que não possuem metodologia de cálculo atuarial. As que utilizam devem confeccionar Nota Técnica (ANS, 2015). Caso o dimensionamento esteja incorreto ou que se dispersa bastante da realidade, acarreta um impacto negativo no resultado líquido da empresa, gerando um alto

custo de capital e contribuindo para insolvência, como já mencionado (VEIGA *et al.*, 2014).

A PEONA teve sua primeira regulamentação pela Câmara Técnica de Garantias Financeiras com a criação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) de número 77 (setenta e sete), de julho de 2011. Desta data à atualidade, a ANS não expôs resoluções trazendo novas ou reformulações de metodologias. Conforme a tabela 1 é possível perceber o cenário da exigência das metodologias de dimensionamento da provisão. Para o caso das seguradoras de saúde, a PEONA (ou IBRN em inglês) deve ser constituída mensalmente para a cobertura dos valores esperados relativos a sinistros ocorridos e não avisados, incluindo os sinistros administrativos e judiciais (BRASIL, 2017).

Tabela 1: Cenário Das Provisões

Situação	Como fica a exigência
OPS com metodologia atuarial autorizada até 31/12/2015 - (todos os portes)	Devem manter a metodologia até 01/01/2016.
OPS de Grande Porte	Metodologia atuarial obrigatória a partir de 01/01/2017, até 31/12/2016 podem adotar os percentuais estabelecidos na norma.
OPS Médio e Pequeno porte	Até adotarem a metodologia atuarial deverão adotar os % estabelecidos na norma.

Fonte: ANS, Cenário Resumo com a RN n ° 393, de dezembro de 2015.

A Resolução Normativa 393, de dezembro de 2015, define que a PEONA, quando constituída mensalmente por todas as Operadoras de Planos de Saúde, deve realizar o dimensionamento por metodologia atuarial e que ainda o próprio órgão regulador pode determinar alterações na forma de apuração de cálculos quando houver constantes disparidades de cálculo, dados inconsistentes ou tratados indevidamente e desencontros com a legislação e regras contábeis. Como metodologia de mensuração/dimensionamento, é usada, atuarialmente, o Triângulo de Runoff<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Os dados de sinistros da PEONA geralmente são dispostos em formato de um triângulo chamado de triângulo de runoff (cf. de Jong e Zehnwirth, 1983; Verrall, 1989; Atherino, 2005; de Jong e Heller, 2008; e Atherino *et al.*, 2010). As linhas da matriz



### 2.3.2 Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos (PESL)

As operadoras de planos de saúde constituem uma provisão que se relacionará com as demais, porém com algumas características diferentes no que tange à constituição delas. Denominada de Provisão de Eventos ou Sinistros a Liquidar (PESL), a PESL refere-se ao montante de sinistros que já foram ocorridos e avisados à operadora, porém não foram pagos ainda, desse modo, ela deve refletir todos os eventos indenizáveis pendentes de pagamento pelas OPS, eles tendo sido originados ou não na rede própria, incluindo sinistros administrativos e judiciais. A abrangência dessa provisão, com efeito, não cabe somente aos valores relativos a indenizações, mas também aos pecúlios e rendas vencidas (ANS, 2016, p.7).

De uma forma mais específica de verificação das características dessa provisão técnica, a ANS dispõe, em sua Resolução Normativa nº 393, de dezembro de 2015, que a PESL deverá ser constituída pelo valor integral no mês da ocorrência da despesa assistencial, bruto de qualquer operação de resseguro. Neste caso, têm-se, nos incisos do art. 7º desta resolução, quanto ao entendimento da notificação, abrangência, contemplação e demais observações, o seguinte:

§ 1º - Entende-se por notificação da ocorrência da despesa assistencial, para os fins descritos no caput, qualquer tipo de comunicação estabelecida entre o prestador de serviços de saúde e a OPS, ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas, independentemente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de transmissão direta ou indireta, que evidencie a realização de procedimento assistencial do beneficiário.

§ 2º - A PESL abrange os valores a serem reembolsados aos beneficiários e pagos aos prestadores de serviços de saúde, incluindo o Sistema Único de Saúde – SUS e cooperados.

§ 3º - A PESL deverá contemplar os eventuais ajustes nos valores avisados até que ocorra a efetiva liquidação/pagamento do evento/sinistro.

§ 4º - Nos casos das cooperativas, em que o prestador for o próprio cooperado e o regime de remuneração desse prestador for variável, dependendo exclusivamente do resultado mensal apurado pela cooperativa, o valor poderá ser informado após a apuração do resultado mensal, porém, no mesmo mês de competência;

§ 5º - Nos casos em que os atendimentos forem efetuados na rede assistencial pertencente à OPS, ou seja, que opere no mesmo CNPJ, o valor será apurado por um critério de rateio, e nesse caso, o valor só será

---

representam o instante de ocorrência do sinistro e as colunas representam o tempo de atraso desde a ocorrência até a efetivação do pagamento e a ordenação dos dados é denominada de ordenação de duplo índice (SISTEMA MAXWELL – PUC, Rio de Janeiro).

conhecido no último dia do mês, portanto, o valor poderá ser informado após a apuração do rateio, porém, no mesmo mês de competência.

§ 6º - O ressarcimento ao SUS deve ser contabilizado como evento/sinistro no momento do recebimento do aviso, observando os critérios definidos pela regulamentação específica em vigor.

A PESL inclui atualizações monetárias, juros, variações cambiais e multas contratuais. Deve-se ressaltar que esses valores, apesar de integrarem a PESL, impactam diretamente as contas de resultado financeiro, não influenciando no sinistro retido, e, por isso, devem ser registrados nos Quadros Estatístico do FIP/Susep, no caso, para as operadoras de saúde que operam também com seguro saúde, sem deixar a percepção das atualizações monetárias (BRASIL, 2017, p.11).

### 2.3.3 Provisão para Remissão

Entende-se por remissão um perdão referente ao pagamento das mensalidades pelo período em que durar a remissão, salvaguardados todos os direitos, obrigações e garantias do contrato. Vale ressaltar que durante esse período, o contrato ainda vai continuar sofrendo reajustes anuais e por mudança de faixa etária normalmente (WERSON, 2017). Com efeito, surgiu a necessidade de constituir essa provisão técnica para que as operadoras possam se prevenir e que os custos assistenciais aos dependentes do titular não tenham impacto negativo, podendo, assim, acarretar numa insolvência (WERSON, 2017).

A ANS aborda a Provisão para Remissão na RN nº 393 em seu art. 13º. Discorre que a Provisão para Remissão deverá ser constituída integralmente com base na metodologia atuarial no mês em que ocorrer o fato gerador do benefício previsto no contrato. Ainda no mesmo artigo, aborda que a constituição dessa provisão deve ser suficiente para que possa refletir todas as despesas assistenciais esperadas, ou seja, as despesas médias, durante todo o prazo restante do benefício.

A Provisão para Remissão não é obrigatória para todas as operadoras, mas tão sim àquelas que concedam o benefício de remissão (isenção das contraprestações, por um prazo pré-determinado), estipulado no contrato, aos seus beneficiários. A mesma é constituída quando houver o fato gerador, o qual pode ser: morte em geral, desemprego, invalidez etc. (ANS, BRASIL, 2010). Werson (2017) diz

que “a Lei dos Planos de Saúde e suas Resoluções Normativas já garantem aos dependentes a permanência no contrato após a morte do titular, desde que assumam os pagamentos das mensalidades”.

Nas diversas modalidades de planos de saúde, é bastante comum os contratos apresentarem cláusulas com respeito à remissão, não importando se anterior ou posterior a Súmula Normativa nº 13 da ANS. Essa Súmula foi criada no intuito de impedir, como prática, que as operadoras cancelassem a continuidade do atendimento aos dependentes após a morte do titular. A Súmula Normativa nº 13, de novembro de 2010, da ANS sumariza que quando a remissão chegar ao seu término, o contrato de plano familiar não deve ser finalizado. Os dependentes ainda devem ser assegurados o direito à manutenção das mesmas condições estabelecidas no contrato quando ao período de remissão que, em média, é de três a cinco anos.

A Provisão para Remissão também teve mudanças como consequência em relação às Provisões Técnicas. Tais fatores se fazem perceptíveis à observância das elaborações das Notas Técnicas Atuarial de Provisões, como, por exemplo, “o fato de não ser mais exigido o encaminhamento de NTAP não exime a operadora da confecção do mesmo” (ANS, 2016, p. 22). Confeção esta, mediante cálculos atuariais, como análises de probabilidades mediante rendas ou anuidades.

## 2.4 Ativos Garantidores

Os Ativos Garantidores são uma reunião de ativos que tem como objetivo garantir a cobertura das provisões técnicas constituídas atuarialmente. E, assim como os outros componentes da Saúde Suplementar, os Ativos Garantidores (AG) são bastante regulamentados, pois os fatores regulatórios estão diretamente relacionados à melhoria do setor de saúde suplementar (SÁ, 2012). Concomitante ao exposto, os AG podem ser alocados, segundo disposto na Resolução Normativa nº 392, de dezembro de 2015, como:

- IV. **Ativos Garantidores:** bens imóveis de titularidade da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora; ou títulos ou valores mobiliários de

titularidade da operadora; em todos os casos, que lastreiam as provisões técnicas.

- V. **Ativos Garantidores Vinculados:** a parte dos ativos garantidores que está vinculada à ANS por meio de centrais de custódia, fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar ou averbação em cartório competente e cuja movimentação ou desvinculação está sujeita à aprovação prévia, conforme a regulamentação do sistema de saúde suplementar.
- VI. **Ativos Livres:** bens imóveis, títulos e valores mobiliários de propriedade da operadora, registrados no seu ativo (balanço patrimonial), que não visam o lastro das provisões técnicas.
- VII. **Custódia:** a centralização da manutenção escritural, da guarda e da titularidade de títulos e valores mobiliários em sistema de registro, objeto de custódia ou objeto de depósito central, em todos os casos, por instituições devidamente autorizadas pelo Banco Central do Brasil ou pela Comissão de Valores Mobiliários para desempenhar referidas atividades nas suas respectivas áreas de competência.
- VIII. **Fundo de Investimento dedicado ao setor de saúde suplementar:** o fundo de investimento financeiro disponível em instituições financeiras administradoras conveniadas à ANS.
- IX. **Imóvel Assistencial:** bem imóvel de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente à instalação de consultório, clínica, hospital ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- X. **Imóvel Operacional:** bem imóvel de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente para fim operacional, a exemplo da instalação de sede administrativa, que não se enquadre na definição do inciso VII deste artigo.

No que concerne à capacidade financeira, a Agência Nacional de Saúde impôs às OPS a constituição de ativos garantidores e das provisões técnicas, que constituem um lastro para a manutenção dos compromissos assumidos. Com efeito, percebe-se que há um risco eminente de as OPS não conseguirem arcar com as obrigações atuariais, no caso, as provisões técnicas; e também analisar a capacidade de solvência apenas pelo âmbito contábil de análise das demonstrações se tornou um pouco obsoleto (SÁ, 2012).

Ao verificar na resolução da ANS anteposta, percebe-se que há restrições e isenções quanto à composição e constituição dos Ativos Garantidores. O artigo 1º elenca que as operadoras classificadas nas modalidades de *cooperativa odontológica* ou *odontologia de grupo* com número de beneficiários inferior a 20.000 (vinte mil) ficam dispensadas dos critérios de vinculação, custódia e movimentação de ativos garantidores aplicados nas modalidades para a aplicação de recursos. Não somente cooperativas odontológicas, mas também, as operadoras classificadas como autogestões por intermédio de seu Departamento de Recursos Humanos (RH) ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas da constituição destes ativos.

### **3 METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de um estudo com captação e tratamento de dados para, em seguida, aplica-los na metodologia abordada. São empregadas análises descritivas com respeito ao comportamento dos dados. Os dados foram coletados do banco de dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), TABNET, sendo as análises feitas em planilhas eletrônicas. Por fim, foi elaborado um índice

denominado de Índice de Suficiência Técnica como metodologia para análises em prol da observância do objetivo geral e específico deste trabalho.

### **3.1 Definições da Amostra**

A pesquisa foi desenvolvida por meio dos dados obtidos nos demonstrativos financeiros das Operadoras de Planos de Saúde que, por sua vez, estão contidos no banco de dados da ANS. O período de análise compreendido é de 2010, pois foi a partir deste ano, em análise aos demonstrativos contábeis das operadoras, que há constituição de contas garantidoras relacionadas às provisões técnicas, ao ano de 2019.

Desse modo, verificou-se o comportamento da suficiência dos ativos garantidores ao longo da última década, realizando assim uma análise longitudinal. Os dados obtidos são dados do primeiro trimestre de cada ano para fazer jus o período de cada exercício compreendido, de fato, em doze meses, já que para o ano de 2019 a conclusão deste trabalho foi realizada ainda no primeiro semestre, sendo assim ausentes informações posteriores. Em suma, os dados do exercício em análise são demonstrados pelos dados do 1º trimestre.

A população é composta por 1.241 operadoras ativas incluindo todas as modalidades, sendo a quantidade observada no ano de 2019. Com efeito, foram excluídas as operadoras que não são obrigadas ou, simplesmente, não possuem ativos garantidores, visto que a permanência das mesmas na análise causa distorção nos resultados, pois seus índices serão zero. Desse modo, foram excluídas da população as OPS cujas modalidades Odontologia de Grupo e Cooperativa odontológica que possuem menos de 20.000 (vinte mil) beneficiários e demais, pois estão isentas da constituição de ativos garantidores conforme a Resolução Normativa (RN) nº 392, de dezembro de 2015. Desse modo, a pesquisa se atrelou a três modalidades, sendo: Cooperativa Médica, Medicina de Grupo e Seguradoras Especializadas em Saúde.

Por fim, a composição da amostra foi dada pela população, sendo deduzidas operadoras de pequeno porte, incluindo as operadoras de Cooperativa Odontológica e Odontologia de Grupo que possuem menos de 20.000 beneficiários e de médio e grande porte que são de Autogestão. Portanto, a amostra é composta por 565

operadoras que melhor refletem as posições consideráveis para análise nesta pesquisa.

### **3.2 Procedimentos de Análise**

Segundo Matarazzo (2010, p. 82), os índices relacionam contas contábeis que são utilizados para análises com respeito a situação de uma entidade financeira e permitem que se tenha uma visão geral aos tomadores de decisões a diagnosticar e solucionar os eventuais problemas. Dessa forma, o trabalho buscou, como ferramenta para analisar a suficiência dos ativos vinculados às provisões técnicas, a verificação das contas já constituídas no Balanço Patrimonial das entidades de saúde suplementar. Com efeito, seguindo o padrão de formulação e lógica patrimonial, chegou-se à confecção do Índice de Suficiência Técnica (IST).

Para que se haja uma melhor compreensão quanto à elaboração de um índice e o que ele quer demonstrar, é preferível que se estabeleçam parâmetros de comparações, podendo, por exemplo, analisar a evolução do indicador ao longo do tempo para uma ou mais entidades. “Além disso, pode-se comparar os resultados com outras empresas do mesmo setor, de forma isolada, ou indicadores setoriais” (MARTINS; MIRANDA e DINIZ, 2018, pg. 105).

A figura 3 mostra o estado de ótima aplicação e liquidez dos seus recursos. Segundo estes autores (2019), o Ativo Circulante Operacional deve suprir o Passivo Circulante Operacional, sendo uma parcela desse passivo coberto pelo Ativo Circulante Financeiro; este deve liquidar por completo o Passivo Circulante Financeiro mais uma parcela do Passivo Não Circulante. Por fim, o Ativo Não Circulante garante o Patrimônio Líquido da Entidade, fazendo com que a entidade não capte recursos de outras contas para suprir as necessidades de longo prazo e recursos societários.

Figura 3: Ilustração da composição e vinculação dos grupos do Balanço Patrimonial.

Ativo circulante operacional	Passivo circulante operacional
Ativo circulante financeiro	Passivo circulante financeiro
Ativo não circulante	Passivo não circulante + PL

Fonte: Análise Didática das Demonstrações Contábeis (MIRANDA; MARTINS e DINIZ, 2018).

O IST segue, dessa forma, a sua composição (representado na figura 4) com base nos critérios contábeis de análises. Como a própria agência reguladora (ANS) estabelece e elenca onde as contas, tanto do ativo vinculado aos provisionamentos quanto as provisões técnicas, é possível verificar que os ativos garantidores devem suprir por completo as provisões as quais estão lastreados, ou seja de igual ou superior em relação ao passivo.

Sendo desse cunho, a formulação do IST será verificada, como a análise foi feita do ativo em relação às provisões, pela conta do Ativo Garantidor das Provisões Técnicas (AG) dividido pela soma das contas do passivo atuarial que, no caso, serão a Provisão de Sinistro Ocorrido e Não Avisados (PEONA), Provisão de Sinistros/Eventos a Liquidar (PESL) e Provisão para Remissão. Vale ressaltar que, pela norma, nem todas as operadoras devem provisionar em caso de remissão como já foi mencionado no capítulo dois deste trabalho.

Para efeito de análise, o IST deve demonstrar valor maior ou igual a um (ou 100%) para uma situação em que a operadora se encontra suficiente e insuficiente



caso contrário. Para este estudo, foi optado por utilizar os resultados de forma percentual visto melhor estética quanto a análise dos padrões e movimentações. Nesse caso, vide que os Ativos Garantidores possuem seus valores voláteis, pois são ativos que estão investidos e, portanto, seu montante está atrelado à volatilidade do mercado financeiro o qual está alocado.

Sendo assim, o IST pode ser aliado com análise de cunho de gestão de risco de forma a sinalizar a operadora que dada uma situação econômica ou do próprio mercado financeiro, então, como se comporta a garantia das obrigações das OPS em relação aos seus beneficiários. Não tão somente isso, mas de forma a perceber o quanto que está sendo retirado de outras contas para suprir as provisões em caso de insuficiência técnica.

Figura 4: Ilustração da vinculação dos Ativos Garantidores

ATIVO CIRCULANTE	PASSIVO CIRCULANTE
ATIVOS GARANTIDORES	PROVISÕES TÉCNICAS
ATIVO NÃO CIRCULANTE	PASSIVO NÃO CIRCULANTE

Fonte: Elaboração Própria.

$$IST = \frac{AG}{PEONA + PESL + PR} \quad (I)$$

A fórmula apresentada do indicador técnico faz jus ao demonstrado na figura 4. Como pode ser visualizado, caso os ativos garantidores não supram as provisões

técnicas, a entidade terá que captar recursos outros tanto no Ativo Circulante quanto no Ativo Não Circulante o que pode comprometer a solvência da entidade. No estudo, foi analisado e calculado para cada entidade para visualização de qual porte se encontra mais suficiente e em qual região do Brasil. E para fins de resposta desta pesquisa, os índices de suficiência gerais calculados de forma consolidada por se tratar das modalidades a nível nacional.

#### 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente estudo tinha como resultado esperado que as operadoras de grande porte predominassem no total de entidades que estão com seus IST acima ou igual a 100%. Os resultados apurados, contudo, mostram um cenário diversificado no que tange ao porte das OPS e predominância. Ater-se para as entidades de grande porte é uma expectativa comum quando são feitas análises que comparam várias empresas do mesmo setor, no geral, as que possuem um porte e movimentações elevadas estejam mais consolidadas positivamente em relação às demais.

Como mencionado acima, os resultados, quando analisados em cada modalidade mostraram cenários diversificados quanto ao porte e região na qual estão localizadas. A princípio foram selecionadas, dentre o conjunto de cada modalidade, as dez operadoras mais suficientes em relação às demais para efeito de comparação.

Tabela 2: As dez Cooperativas Médicas mais suficientes em relação as demais no 1º trimestre de 2019

Cooperativa Médica	IST	Porte	Região
316741-UNIMED DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - FE	472,92%	pequeno	Centro O.
328031-UNIMED FEDERAÇÃO DO ESTADO DO MATO GROSSO	369,10%	pequeno	Centro O.
316458-UNIMED REGIONAL DE FLORIANO - COOPERATIVA D	224,02%	pequeno	Nordeste
341819-UNIMED ALTO PARANAIBA COOPERATIVA DE TRAB	203,42%	pequeno	Sudeste
417092-CENTRAL OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE NORT	200,09%	pequeno	Nordeste
324213-UNIMED NORTE/NORDESTE-FEDERAÇÃO INTERFEDE	195,65%	médio	Nordeste
342131-UNIMED VILHENA COOPERATIVA DE TRABALHO ME	194,15%	pequeno	Norte
313475-UNIMED REGIONAL DE PICOS - COOPERATIVA DE T	172,59%	pequeno	Nordeste
324523-UNIMED PARAIBA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES C	159,33%	pequeno	Nordeste
336467-UNIMED PATOS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDI	159,16%	pequeno	Nordeste

Fonte: Elaboração própria e dados ANS Tabnet.

Na tabela 2, é possível verificar que, das 10 OPS que estão suficientes, 9 são de pequeno porte, restando uma de médio porte para a modalidade de

Cooperativa Médica. Dessa forma, é um cenário que as Cooperativas Médicas de pequeno porte estão detendo uma melhor política de investimentos e alocando mais recursos em detrimento à garantia de suas provisões quando comparada com as outras de médio e grande porte.

A operadora que apresentou o maior IST das cooperativas foi a de código 316741 com 472,92% de suficiência, quase o quádruplo de suas provisões técnicas, liderando nesse *ranking* no primeiro trimestre de 2019. Com uma análise em paralelo, por mais que as análises foram feitas para o primeiro trimestre do exercício em questão, é possível declarar que se a entidade de saúde complementar tem um alto índice de suficiência, logo ao final do exercício ela também estará suficiente. O mesmo acontece para o caso inverso. Quanto à região, as duas que lideram estão localizadas no Centro Oeste, sendo o total dessa região nessa modalidade; uma está alocada no Norte, como também apenas uma no Sudeste, e as seis restantes estão no Nordeste.

Tabela 3: As dez Medicina de Grupo mais suficientes em relação as demais no 1º trimestre de 2019

Medicina de Grupo	IST	Porte	Região
420981-S1 OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA	1764,64%	Pequeno	Centro O.
401196-SAÚDE GOIÂNIA LTDA	1101,26%	Médio	Centro O.
331856-CAIXA DE ASSISTENCIA MEDICA DOS EX-EMPREGA	957,76%	Pequeno	Centro O.
415081-PORTO DIAS SAUDE LTDA.	220,16%	Pequeno	Norte
359661-OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA.	180,90%	Grande	Sudeste
333689-MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/	178,47%	Grande	Sudeste
419486-PLADISA PLANOS DE SAÚDE LTDA	172,70%	Pequeno	Sul
411752-ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL DE SAÚDE SUPLEMENT	158,06%	Médio	Sudeste
318477-OPERADORA UNICENTRAL DE PLANOS DE SAÚDE	157,18%	Pequeno	Sudeste
416801-UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A	155,93%	Grande	Sudeste

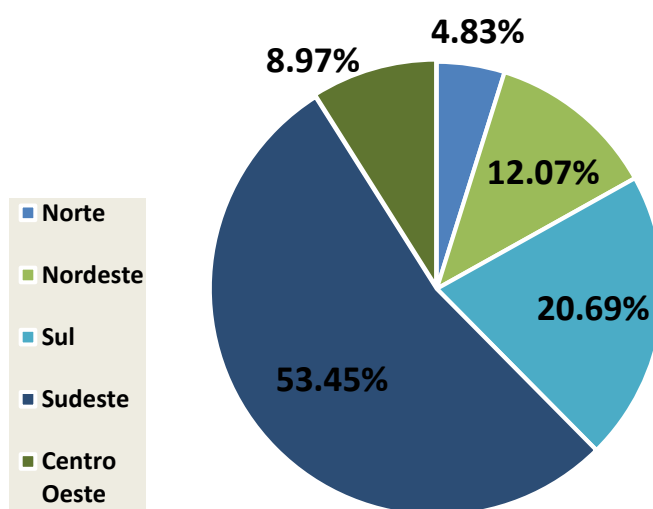
Fonte: Elaboração própria e dados ANS Tabnet.

A partir de verificação da tabela 3, é possível perceber que as três mais suficientes operadoras possuem alto índice de suficiência técnica, sendo a maior delas com 1764,64% de cobertura para os provisionamentos vinculados. Quando

comparado com as Cooperativas Médicas, as Medicinas de Grupo (MG) possuem maior quantidade de OPS suficientes, ou seja, com índice igual ou superior a 100%. Para a MG também predominou as de pequeno porte com os maiores IST, totalizando 5 operadoras neste caso. Restaram, com efeito, 2 de médio porte e 3 de grande porte. Assim, comparado com as cooperativas, a MG apresentou resultados mais diversificados no *ranking*.

Para esse estudo foi essencial a análise das SES por se tratar de um setor semelhante do serviço de planos privados de assistência à saúde e pela geração de receitas elevadas (percebido nas demonstrações financeiras), o que impacta de forma considerável na economia. Desde 1966, há operações de seguro saúde e a diferença que se dá dos planos privados é a livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas. Vinculadas a instituições financeiras, em geral, as SES referencia uma rede de prestadores de serviços (ALMEIDA; SANT'ANNA, 2009).

Gráfico 3: Composição regional das Cooperativas Médicas no Brasil.

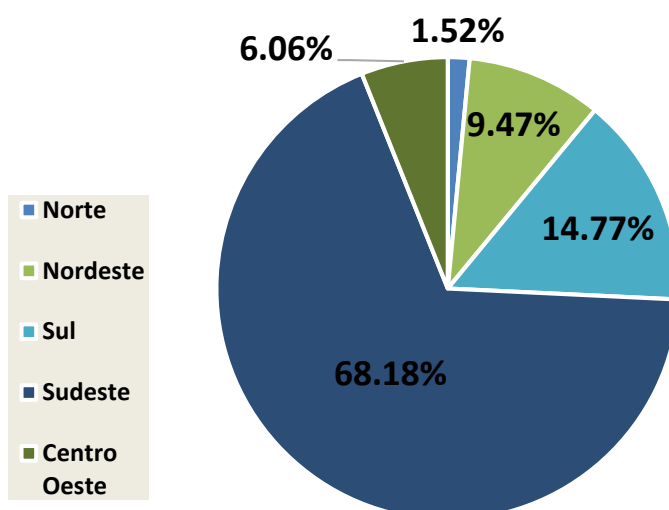


Fonte: Elaboração própria e dados ANS Tabnet.

Como é mostrado no gráfico 3, e o mesmo ocorre nas demais modalidades, a maior concentração de operadoras de planos de saúde está no Sudeste, porém, com respeito as mais suficientes, é observado sua predominância nas regiões Nordeste e Centro Oeste quanto às cooperativas. Para essa modalidade, a região Sudeste detém de mais de 50% das operadoras, sendo a segunda maior composição no Sul com 20,69%. Como adendo a essa conclusão, nos gráficos 4 e 5, é possível visualizar a composição das demais modalidades por região.

Na modalidade Medicina de Grupo, as dez com os maiores IST tem seus portes quase que perfeitamente diversificados. As OPS classificadas nesse grupo tendem a está localizadas, em sua maioria, na região Sudeste. Assim, percebeu-se que há um padrão de modalidade, tanto para a região Nordeste quanto para a região Sudeste, e que por sua vez têm os maiores indicadores. Das duas modalidades até então, as OPS localizadas na região Centro Oeste do país são as que apresentam os maiores valores de suficiência técnica. Assim, sua composição fica 3 no Centro Oeste; 1 no Norte; 1 no Sul e 5 na região Sudeste.

Gráfico 4: Composição regional das Medicina de Grupo no Brasil.



Fonte: Elaboração própria e dados ANS Tabnet.

Como já mencionado, as SES estão em sua totalidade localizadas na região Sudeste do país, possuindo um total de 12 seguradoras segundo o Atlas de Saúde Suplementar, contudo na fonte de dados desta pesquisa, foram disponibilizadas 9 seguradoras no cenário atual. Quanto a composição, 3 são de pequeno porte, 4 são de grande porte e 2 são de médio porte; liderando o *ranking* as de pequeno porte.

Tabela 4: IST e características das Seguradoras Especializadas em Saúde

Seguradoras especializadas em saúde	IST	Porte	Região
418072-CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE S/A	455,59%	Pequeno	Sudeste
000884-ITAUSEG SAÚDE S.A.	149,25%	Pequeno	Sudeste
005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	111,99%	Grande	Sudeste
000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	76,57%	Grande	Sudeste
000515-ALLIANZ SAÚDE S/A	74,65%	Médio	Sudeste
006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	71,00%	Grande	Sudeste
000027-SALUTAR SAÚDE SEGURADORA S.A.	64,24%	Pequeno	Sudeste
000582-PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A	62,79%	Grande	Sudeste
000477-SOMPO SAÚDE SEGUROS S.A.	57,88%	Médio	Sudeste

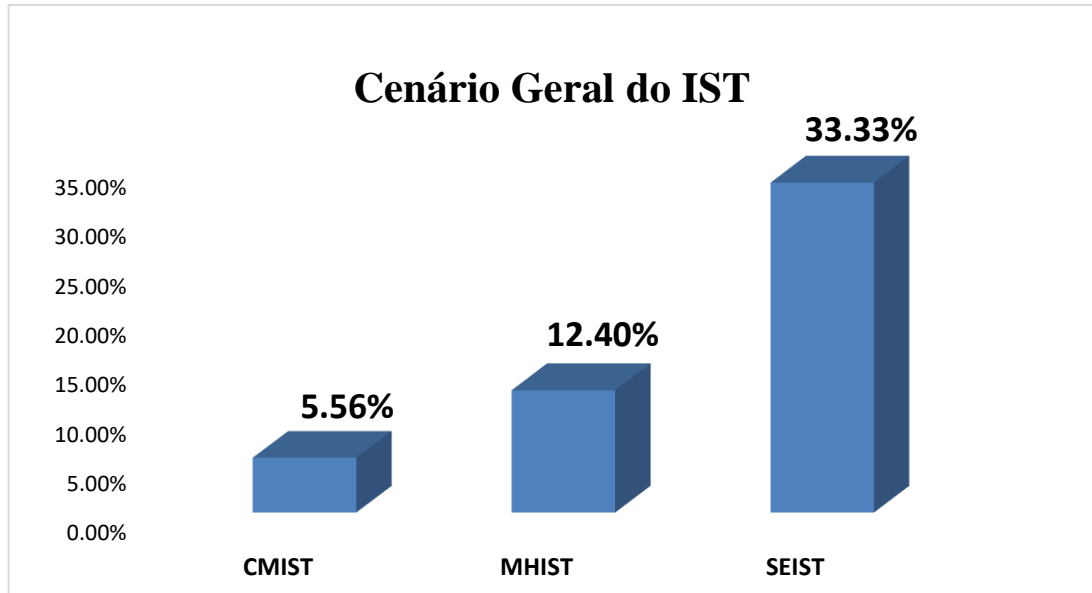
Fonte: Elaboração própria e dados ANS Tabnet.

Apenas três seguradoras apresentaram IST igual ou superior a 100% como mostra a tabela 4; o restante apresenta insuficiência. A Caixa Seguradora Especializa em Saúde S/A (Cód. 418072), Itauseg Saúde S/A (Cód. 884) e a Bradesco Saúde S/A (Cód. 5711) apresentaram índices de 455,59% - 149,25% e 111,99%, respectivamente. Dessa forma, não é possível declarar que, por exemplo, a seguradora Cód. 5711 venha está líquida de suas provisões (PEONA, PESL e PR) no fim do exercício dada a volatilidade do valor dos ativos e o incremento ou decremento das obrigações para com os beneficiários.

Os resultados obtidos até então mostram um panorama prévio do cenário atual das OPS conforme suas modalidades. O IST visto de uma forma ampla e comparativa corrobora com estudos e análises da gestão de risco quanto à solvência dessas entidades. As modalidades que se apresentam insolvente no cenário consolidado, traduz com totalidade a incapacidade de honrar com os seus compromissos que sofre influência direta com a liquidez das provisões técnicas.

Portanto, está suficiente quanto as provisões (IST maior ou igual a 100%), reflete positivamente na capacidade dessas entidades em honrarem com seus compromissos de curto e longo prazo.

Gráfico 5: Porcentagem das OPS suficientes por modalidade.



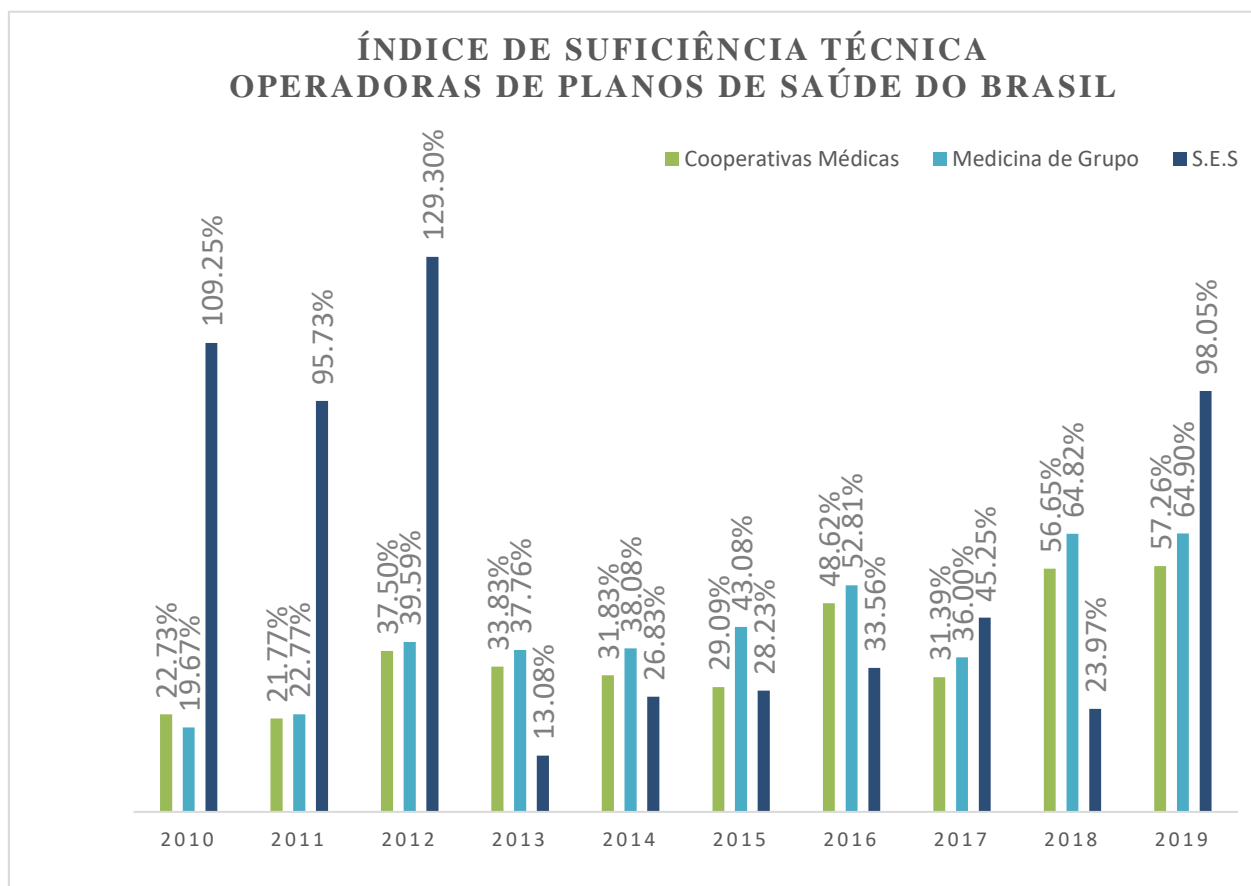
Fonte: Elaboração Própria.

No contexto geral das modalidades analisadas, menos da metade das OPS se encontram em uma situação de garantida de lastro das provisões. Das Cooperativas Médicas, representado no gráfico 5 por CMIST, apenas 5,56% apresentaram IST suficiente. Já na modalidade Medicina de Grupo (MHIST), se mostraram suficientes 12,40% e, por fim, as SES com 33,33% apresentando IST maior ou igual a 100%. Isso mostra um cenário em que as OPS, governo e agências reguladoras devem atender, visto que o instante de insolvência mostrado para uma operadora na análise de Sá, Junior e Reinaldo (2017), possa a vir ocorrer na seara geral, gerando assim uma crise no setor.

Como já exposto na revisão da literatura para este trabalho, as provisões técnicas são provisionamentos destinados a honrar os compromissos com os beneficiários dos planos ou segurados das seguradoras de saúde, portanto verificar um cenário em que apenas 5,56% do total se mostram nessa condição honrosa, gera uma preocupação quanto a permanência, manutenção e liquidez tanto da categoria de Cooperativas Médicas quanto do setor de saúde suplementar.



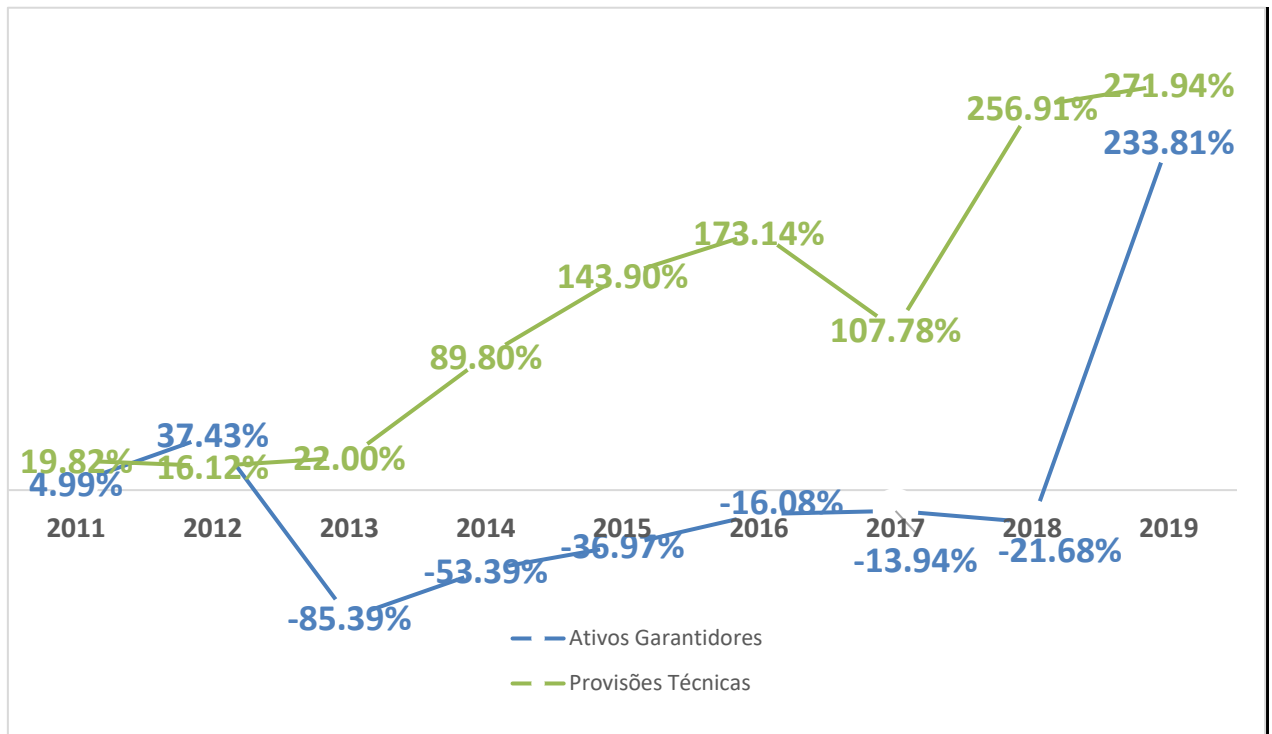
Gráfico 6: Índice de Suficiência Técnica das Operadoras de Planos de Saúde, dadas modalidades, de 2010 a 2019.



Fonte: Elaboração Própria.

O gráfico 6 mostra que as Cooperativas Médicas e as operadoras que estão classificadas como Medicina de Grupo apresentam insuficiência em todos os anos do período em análise. Ambas mostram comportamento semelhante dos seus IST ao longo dos anos. O que o gráfico mostra é que há uma pouca tendência, mas perceptível, do aumento dos índices saindo de 22,73% e 19,67% para 56,65% e 64,90% das CM e MG respectivamente, mesmo assim, valores bem abaixo do que o considerável. No ano de 2018 e 2019, para as MG e CM, os índices se mostraram quase constantes. A única modalidade que apresentou algum histórico de suficiência foram as Seguradoras Especializadas em Saúde, no caso, nos anos de 2010 e 2012. Um ponto interessante é que do ano de 2012 para o ano de 2013 as SES tiveram uma bancarrota de quase a totalidade de sua capacidade técnica, caindo para 13,08%. Para isso, cabe uma análise e verificação quais cenários levaram a este fato. O índice mais alto do gráfico é destinado a modalidade SES com 129,30% de IST.

Gráfico 7: Análise Horizontal das contas: Ativos Vinculados às Provisões Técnicas e a soma da PEONA, PESL e PR, de 2011 a 2019.



Fonte: Elaboração Própria e dados ANS.

Ao fazer uma análise horizontal para a modalidade SES, tomando como parâmetro o ano de 2010, verificou que as provisões técnicas aumentaram a cada ano chegando a 271,94% de aumento em 2019 enquanto os ativos garantidores tiveram um aumento inferior com 233,81%, deixando a modalidade com IST menor que 100%. O fato da derrocada do ano de 2013 da referida modalidade se dá de modo que, a partir desse ano, o valor da conta Ativos Vinculados às Provisões Técnicas reduziu quase que 100%, como pode ser visto no gráfico 6, enquanto as provisões só aumentaram. Do ano de 2013 ao ano de 2018, as SES diminuíam cada vez mais o montante de seus AG, contudo para as provisões ocorreu o inverso. Isso explica os vários anos em que os AG não supriu as provisões – ocorrendo às OPS a captarem recursos de terceiros ou de outros recursos disponíveis para lastrear seus provisionamentos.

## 5 CONCLUSÃO

Para Almeida e Sant'anna (2009), a avaliação da solvência advém de uma complexidade e por isso a aplicação de modelos simples traduz análises ineficientes. Assim, não se deve analisar a capacidade de solvência da OPS pelo IST, mas sim tê-lo como uma ferramenta auxiliar dentro do conjunto de mecanismos que demonstrem os resultados financeiros, econômicos, atuariais e contábeis – ressaltando o que foi mencionado no parágrafo anterior que está com IST abaixo de 100% acarreta um impacto negativo na entidade, contribuindo para o processo de insolvência.

De forma geral, os resultados apresentados são insatisfatórios, pois mostra-se um mercado cuja capacidade de honrar com os compromissos futuros de curto e longo prazo, do ponto de vista dos ativos garantidores, é falho quanto ao grupo. Isso não conclui que todas as OPS em suas respectivas categorias e porte estão suficientes e sim sob a ótica do setor, como foi mostrado anteriormente. Essas conclusões voltam-se ao mercado regulador e às próprias operadoras para que criem políticas de investimentos no que tange a alocação de seus ativos vinculados às provisões técnicas. Seguindo essas proposições, aconselha-se que as OPS sigam as práticas de alocação de ativos estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde. Dessa forma, poder-se-á mudar o cenário negativo para o cenário positivo de gestão de risco (tomada de decisão).

Quanto às provisões técnicas, é de suma importância que as entidades de saúde suplementar busquem sempre a melhor forma de mensuração das mesmas, pois visto que a má mensuração pode acarretar num aumento no montante provisionado e finda que as OPS não conseguirão retornos compatíveis que possam honrar sua vinculação ou lastro. No grupo das SES percebeu-se que a suficiência do grupo se levou pelo peso de apenas uma seguradora, especializada em saúde e de grande porte, a situação da mesma no ano de 2019 e nos anos anteriores.

Assim, percebeu-se que a tendência à recuperação de situação honrosa empresarial deve também ser analisada mais detalhadamente para verificações mais concisas. Por fim, verificou-se que, dentre as modalidades analisadas, o grupo que se mostrou mais considerável quanto a suficiência dos ativos garantidores e ao porte no ano de 2019 foram as Seguradoras Especializadas em Saúde, localizadas

em sua totalidade na região Sudeste do Brasil. O presente trabalho não teve limitações. Os dados obtidos foram de fácil acesso e de forma gratuita.

## REFERÊNCIAS

ALTMAN, Edward I. Financial ratios, discriminant analysis and prediction of corporate bankruptcy. **The Journal of Finance**, v.23, n.04, p. 589-609, 1968.

ALBUQUERQUE, Ceres et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. Rio de Janeiro, 2008.

ALMEIDA, Renata Gasparello de; SANT'ANNA, Annibal Parracho. Composição Probabilística na Avaliação do Risco de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 1-34, abr./set. 2010

BALDASSARE, Renato Madrid. **Análise do desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro**. 2014. Dissertação: (Mestrado Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2014.

BRASIL. Superintendência de Seguros Privados. **Provisões Técnicas: orientações da Susep ao Mercado** – Rio de Janeiro, janeiro/2017. Disponível em: <[http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgsoa/copra/arquivos-copra/orientacoes/Provisoes%20Tecnicas%20-%20Versao%20-%202017\\_01-NOVO-NOVO.pdf](http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgsoa/copra/arquivos-copra/orientacoes/Provisoes%20Tecnicas%20-%20Versao%20-%202017_01-NOVO-NOVO.pdf)> Acesso em: 23 de agosto de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Caderno de Informação as Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** – Rio de Janeiro, junho/2006. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno\\_informatica\\_06\\_2006.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informatica_06_2006.pdf) f> Acesso em: 15 de agosto de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. **Caderno de Informação as Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** – Rio de Janeiro, junho/2006. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno\\_informatica\\_06\\_2006.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informatica_06_2006.pdf) f> Acesso em: 15 de agosto de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº. 38, de 27 de outubro de 2000**. Institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=161&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=161&id_original=0)> Acesso em: 16 de junho de 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº. 27/2003, de 01 de abril de 2003. Dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para Operadoras de Planos de Assistência à Saúde**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=384&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=384&id_original=0)> Acesso em 04 de outubro de 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº. 393/2015, de 09 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mw==>> Acesso em 04 de outubro de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº. 392/2015, de 09 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mg==>> Acesso em 04 de outubro de 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Publicada no Diário Oficial da União - D.O.U. em 04/06/98. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id\\_original=455](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455)> Acesso em 23 de agosto de 2018.

BRASIL. Banco Central do Brasil. **Resolução Nº 4.444, De 13 De Novembro De 2015.** Dispõe sobre as normas que disciplinam a aplicação dos recursos das reservas técnicas, das provisões e dos fundos das sociedades seguradoras. Pesquisa em: <https://www.bcb.gov.br/htms/normativ/Resolucao4444.pdf?r=1>. Acesso em: 18.08.2019.

COSTA, Leonardo Henrique. **Modelagem de sinistros IBNR com cauda:** chainladder estendido, análise de regressão com heterocedasticidade e modelagem em espaço de estado linear. Tese (Doutorado em Atuária). Pontifícia Universidade Católica do Rio De Janeiro - Puc-Rio, 2010.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. História e características da cooperativa de trabalho médico. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.17 no.4 Rio de Janeiro, 2001.

FERREIRA, Paulo Pereira. **Modelos de Precificação e Ruína Para Seguros de Curto Prazo.** 1ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Escola, 2014.

FILHO, Antonio Cordeiro. **Cálculo Atuarial Aplicado - Teoria e Aplicações - Exercícios Resolvidos e Propostos.** 2ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2014.

MARTINS, Eliseu. DINIZ, Josedilton Alves. MIRANDA, José Gilberto. **Análise didática das demonstrações contábeis.** 2ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2018.

MATARAZZO, Dante Carmine. **Análise Financeira de Balanços.** Abordagem Gerencial. 7º ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MATTOS, Bernard; MACEDO, Marcelo. Análise da influência da regulação econômica e tributária no gerenciamento das provisões técnicas construídas por

operadoras de planos de saúde. In: **XIV Congresso de Controladoria e Contabilidade da USP**. São Paulo, SP, 2014.

MELO, Eduardo Fraga de Lima; Neves, César da Rocha. **Solvência no Mercado de Seguros e Previdência**. 1ª edição. Coletânea de Estudos. Funenseg. 2012.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde Suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.

PERRIN, Towers. **Planos de Benefícios no Brasil**. XVIII Pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

SÁ, Marcelo. **Análise dos Custos Assistenciais de uma Operadora de Plano de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2012.

SÁ, Marcelo; JUNIOR, José Maciel; REINALDO, Luciana. - **Processo de Ruína Finito: um Estudo de Caso na Saúde Suplementar no Brasil**: Pesquisa em: <[https://www.researchgate.net/publication/40944180\\_Modelos\\_de\\_precificacao\\_e\\_ruina\\_para\\_seguros\\_de\\_curto\\_prazo](https://www.researchgate.net/publication/40944180_Modelos_de_precificacao_e_ruina_para_seguros_de_curto_prazo)> Acesso em: 18.08.2019

SALLES, Olavo Ribeiro. **Adaptação das operadoras de planos de saúde de pequeno porte ao plano de contas padrão da ANS**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP. 2004.

SISTEMA DE GESTÃO EMPRESARIAL. **Índice de solvência**: Saiba o que é e como calcular, 2017. Disponível em: <https://blog.egestor.com.br/indice-de-solvencia/>. Acesso em: 20, de novembro de 2018.

STENSON, Daniel; LLOYD, John C. Target Surplus and Reserves for Health Plans. In: **Spring Meeting**, Anaheim, CA, 2004.

SOARES, Maria A. **Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras**: uma aplicação da análise fatorial. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo – SP, 2006.

VEIGA, Felipe Augusto Ameno; SOUSA, Bianca Pereira; COSTA, José Fabiano da Serra; CARVALHO, Mariana Ferreira de. Análise atuarial da provisão de eventos ocorridos e não avisados da saúde suplementar de uma operadora de plano de saúde. **Revista Eletrônica Pesquisas Operacional para o Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, v.6, p 279-298, maio a agosto de 2014.

WERSON, Alessandra. **O que você precisa saber sobre a Remissão nos Planos de Saúde**. Matéria divulgada em portal eletrônico. Pesquisa em:

<https://alessandrawerson.jusbrasil.com.br/artigos/420550222/o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-remissao-nos-planos-de-saude?ref=serp>. Acesso em: 20.08.2019