

EDILÚZIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

O RISCO DE AUDITORIA NAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Pós Graduação em Auditoria e Perícia Contábil da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do grau de Especialista em Auditoria e Perícia

Orientador:
Renata Paes de Barros Câmara, MSc.

**Natal
2008**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Auditoria e Perícia Contábil da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Auditoria e Perícia Contábil.

**Catalogação na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos**

Oliveira, Edilúzia Araújo de

O risco de auditoria nas operadoras de planos de saúde / Edilúzia Araújo de Oliveira. – Natal: FARN, 2007.
68 f.

Orientador: Renata Paes de Barros Câmara (M.Sc.)

Monografia (Especialização em Auditoria e Perícia Contábil) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Risco em Auditoria – Monografia. 2. Planos de Saúde – Monografia.
3. Regulamentação de Planos de Saúde – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 657.6

RB 30717

FARN
BIBLIOTECA

Nº Reg M000908

16/04/08

657.6
0462
2008
PX01

Instal
8008

EDILÚZIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

O RISCO DE AUDITORIA NAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Pós Graduação em Auditoria e Perícia Contábil da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovada em ____ de ____ de _____, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Renata Paes de Barros Câmara, MSc.
Orientador

Joana D'arc Medeiros Martins, MSc.
Membro Examinador



AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por tudo, e por ter sido privada de minha companhia e compreender minha ausência, para dedicação a este trabalho.

Ao meu esposo Roberto Deodato, pelo incentivo e paciência comigo, durante todos esses meses de dedicação a esse estudo.

À minha orientadora, Professora Renata, pela motivação, cuidado e preocupação para que tudo fluísse da melhor forma possível.

E a todos os amigos que se fizeram presentes ou ausentes para contribuir da forma exata na hora certa

Agradeço a Deus por tudo e acima de tudo e por ter colocado todos vocês na minha vida.

RESUMO

Com a regulamentação do Mercado de Saúde Suplementar através da criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Lei 9656/98, as empresas deste setor passaram a operar sobre normas mais rígidas de controle e fiscalização, objetivando a continuidade de suas operações e a garantia da prestação dos serviços aos seus consumidores. Decorrente de obrigatoriedade legal, a regulação do Setor de Saúde Suplementar abriu um novo segmento do mercado com características peculiares e riscos específicos para a exploração das auditorias independentes. Este trabalho vem apresentar um estudo sobre os fatores que se configuram como riscos iminentes nas operadoras de planos de saúde face a essência de sua atividade, assim como as medidas impostas pela ANS através das Instruções Normativas, visando a adoção de práticas e procedimentos contábeis, financeiros e operacionais, para melhor gestão desses riscos e os conseqüentes efeitos da não observâncias dos normativos impostos pela regulação a título de risco de auditoria para os auditores independentes. Constatou-se nesse estudo que a solvência das operadoras representa um dos fatores de risco mais preocupantes para os participantes deste mercado, motivo que influenciou a criação do modelo de regulação atualmente adotado, cujas normas editadas convergem para execução de práticas que visam e a criação de uma estrutura sólida para garantia do atendimento dos consumidores deste mercado.

PALAVRAS CHAVES: Regulamentação dos Planos de Saúde. Risco em Auditoria. Saúde Suplementar.

ABSTRACT

Because of the regulation of the Supplementary Health Market through the establishment of the National Supplementary Health Agency as well as the law 9656/98 enterprises of this field started to operate upon more strict inspection rules aiming at continuing their functioning and the guarantee of their services to consumers. Due to the legal obligation, the Supplementary Health Sector regulation rose a new segment of this related market, which contains peculiar characteristics and specific risks for the exploration of independent accounting inspections. This work presents a study about the factors which characterize imminent risks in the health insurance companies due to the essence of their activity as well as to the measures imposed by the National Health Agency through the Normative Instructions which purpose is the adoption of new accounting, financial and operational procedures for a better management of those risks. It also points to the consequent effects of not observing the rules imposed by the regulation as an inspection risk for the independent auditors. This study concluded that the solvency of health insurance companies represents one of the most concerning risk factors for the ones involved in this market, what influenced the standard regulation adopted at present, as its rules lead to practices that aim at a solid structure to guarantee the servicing of consumers.

KEY WORDS: Accounting Inspection Risks. Health Insurance Regulation. Supplementary Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ADIN - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBLC - Companhia Brasileira de Liquidação e Custódia
CETIP - Central de Custódia e de Liquidação Financeira de Títulos
CFC – Conselho Federal de Contabilidade
CID – Classificação Internacional de Doenças
CMN - Conselho Monetário Nacional
CONSU – Conselho de Saúde Suplementar
CVM – Comissão de Valores Mobiliários
DIDES – Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS – Diretoria de Fiscalização
DIGES - Diretoria de Gestão
DIOPE – Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras
DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras
DIPRO – Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
FENASEG - Federação Nacional de Seguros (Fenaseg).
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MINC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MP - Medida Provisória
MS - Ministério da Saúde
NBC - Normas Brasileiras de Contabilidade
NTAP - Nota Técnica Atuarial de Provisões
NTRP - Nota Técnica de Registro de Produto
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPS – Operadora de Plano de Saúde
PEONA - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados
PMA - Patrimônio Mínimo Ajustado
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RE - Resolução Específica

RN - Resolução Normativa

SELIC - Sistema Especial de Liquidação e Custódia

SIP – Sistema de Informação de Produto

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

TCAC – Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	11
1.1.DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	11
1.2.OBJETIVOS.....	13
1.2.1.Objetivo Geral.....	13
1.2.2.Objetivos Específicos.....	13
1.3.JUSTIFICATIVA.....	13
1.4.ESTRUTURA DO TRABALHO.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1.ASPECTO HISTÓRICOS.....	15
2.1.1. Breve Histórico da Saúde Suplementar no Brasil	15
2.1.2. Criação da ANS e Regulamentação do Setor.....	19
2.2. ASPECTOS NORMATIVO DA REGULAÇÃO DO SETOR.....	20
2.2.1. As Novas Regras Impostas pela ANS.....	21
2.2.2. Estrutura da ANS.....	21
2.3. ASPECTOS CONCEITUAIS.....	24
2.3.1. Definição de Operadora de Plano de Saúde.....	24
2.3.2. Classificação das Operadoras de Planos de Saúde.....	24
2.3.2.1. Classificação das Operadoras Quanto ao Tipo de Atenção.....	24
2.3.2.2. Classificação das Operadoras Quanto à Segmentação.....	24
2.3.2.3. Classificação das Operadoras Quanto à Forma Jurídica.....	25
2.3.3. Entendendo o Negócio de Planos de Saúde.....	28
2.3.3.1. As Receitas.....	28
2.3.3.2. Os Produtos Comercializados.....	29
2.3.3.3. As Despesas.....	30
2.4. OS RISCOS DO NEGÓCIO DE PLANOS DE SAÚDE.....	30
2.4.1. Riscos Operacionais Decorrentes da Cobertura Assistencial.....	32
2.4.2. Risco de Insolvência.....	35
2.4.3. Aspectos Normativos Atenuantes ao Risco da Insolvência.....	36
2.4.3.1. Patrimônio Mínimo Ajustado.....	37
2.4.3.2. Margem de Solvência.....	39
2.4.3.3. Provisões Técnicas.....	40
2.4.3.4. As Garantias Financeiras.....	43

2.5. O RISCO DE AUDITORIA NAS OPS's.....	49
2.5.1. Conceito de Auditoria.....	49
2.5.2. Aspectos Históricos da Auditoria Independente no Brasil.....	49
2.5.3. Risco de Auditoria.....	51
2.5.4. O Risco de Auditoria nas OPS's.....	52
2.5.5. Riscos da Não Observância dos Normativos Impostos pela ANS.....	53
2.5.6. Riscos de Descontinuidade por Situação Irregular da OPS.....	55
2.5.6.1. Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta.....	55
2.5.6.2. Plano de Recuperação.....	56
2.5.6.3. Regimes Especiais de Direção Fiscal e Direção Técnica.....	56
2.5.6.4. Liquidação Extrajudicial.....	56
2.5.7. Risco de Opinião Equivocada.....	57
2.5.7.1. Eventos Ocorridos e Não Avisados.....	57
2.5.7.2. Contingências Jurídicas por Ações Cíveis.....	58
2.5.7.3. Comprometimento Excessivo do Capital Giro.....	59
3. METODOLOGIA.....	61
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	61
3.2. LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....	61
4. CONCLUSÃO.....	62
5. REFERÊNCIAS.....	65

1. INTRODUÇÃO

1.1. DELIMITAÇÃO DO TEMA:

A origem da auditoria independente no Brasil, segundo Almeida (2007, p.25), decorreu da necessidade de Empresas Multinacionais, principalmente as americanas, terem seus investimentos instalados no exterior, neste caso específico no Brasil, devidamente auditados, havendo a conseqüente importação de mão-de-obra especializada, fazendo com que diversas empresas de auditoria externa com associações internacionais fossem instaladas no Brasil.

A partir da criação da lei 4.728 de 1965, que instituiu o mercado de capitais no Brasil, a atividade de auditoria independente fora se expandindo, em decorrência de dispositivos de lei de resoluções específicas de órgão reguladores que estabeleceram a sua obrigatoriedade para as respectivas empresas reguladas.

Na sua essência, a atividade de auditoria independente constitui-se na execução de um conjunto de procedimentos efetuados dentro de uma razoabilidade de segurança, que permitam o auditor independente emitir sua opinião sobre os números apresentados nas demonstrações contábeis. Neste caso, a expressão razoabilidade e segurança estariam diretamente relacionadas à relevância dos valores, uma vez que nos procedimentos de auditoria não são examinados todos os registros contábeis, sendo tais registros selecionados através de amostragem estatística.

Essas amostras selecionadas para exame são definidas pelo auditor após a avaliação do controle interno e dos fatores de risco eminentes na empresa auditada, onde conclusa esta análise será obtido o grau de testes e profundidade dos exames a serem efetuados.

Considerando esta metodologia de trabalho, evidencia-se a possibilidade de que determinados erros não sejam detectados pelo auditor, se os mesmos estiverem à margem de sua seleção estatística. É exatamente nesta exclusão que reside o risco de auditoria.

Risco de auditoria é a possibilidade de o auditor vir a emitir uma opinião tecnicamente inadequada sobre demonstrações contábeis significativamente incorretas. (CONSELHO, 2003, p.134).

De acordo com o pensamento de Franco (2001, p.319) se esses erros não detectados não apresentarem valores significativos, não invalidam as demonstrações contábeis e conseqüentemente haverá uma possibilidade menor do auditor independente ser responsabilizado, todavia se erros ou irregularidades de efeito relevante não forem detectados o auditor poderá ser responsabilizado pelas conseqüência da divulgação de sua opinião equivocada.

O risco de auditoria, ainda segundo Franco (2001, p.320) é considerado relativo, por não se apresentar da mesma forma nas diversas entidades, neste caso, há que se considerarem os aspectos específicos de cada ramo de atividade além das particularidades de cada entidade individualmente, admitindo-se que conforme seja a complexidade do negócio da empresa auditada, bem como os riscos desta atividade, ensejará um risco maior para auditoria.

Considerando a vinculação existente entre a atividade de auditoria independente no Brasil e o cumprimento de obrigações legais, verifica-se o recente surgimento de um segmento da economia do mercado de prestação de serviços, que a partir da década de 2000 entrou para o rol das empresas obrigadas a terem suas contas e demonstrações contábeis examinadas por auditores independentes: as operadoras de planos de saúde.

Essa obrigação surgiu a partir da instituição da regulamentação do setor, através da criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar da Lei 9.656/98, criados para corrigir as falhas e irregularidade no mercado de saúde suplementar e para melhor proteção dos direitos de seus usuários.

As empresas que atuam no mercado de saúde suplementar vivenciam uma atividade diretamente relacionada a fatores risco, visto a essência do objeto de sua prestação de serviço – a saúde humana – a qual apresenta relação direta com o fator “incerteza”.

Sendo a atividade de saúde suplementar inteiramente voltada ao aspecto do risco, o presente trabalho vem discorrer sobre o risco de auditoria nas operadoras de planos de saúde. Em consonância com o exposto, surgiram os questionamentos que influenciaram na escolha deste tema, surgindo as seguintes questões: as empresas de auditoria independente correm um risco mais iminente quando auditam as operadoras de plano de saúde suplementar? O risco de auditoria se agrava quando o objeto de análise é uma operadora de plano de saúde? Quais fatores se configuram um risco maior de auditoria para esta atividade?

1.2.OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo principal demonstrar os pontos mais suscetíveis no tocante ao risco de auditoria dentro das auditorias independentes realizadas nas Operadoras de Planos de Saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, o presente trabalho pretende:

- Retratar pontos de riscos mais eminentes na atividade de saúde suplementar
- Demonstrar os mecanismos normativos de regulação estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar as Operadoras de planos de saúde
- Configurar os riscos a que as auditorias independentes se expõem ao auditar Operadoras de Planos de Saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA

Risco em auditoria é o indicador da possibilidade ou não da realização de um trabalho, assim como determina os parâmetros que definirão os procedimentos a serem executados, tais como o nível de aprofundamento do teste, a amostragem, o tempo dependido a quantidade de técnicos que formarão a equipe envolvida do processo e demais aspectos inerentes.

No Caso das OPS's devido a uma legislação mais rígida sob a qual devem operar, determinada pela ANS, a análise criteriosa do risco de auditoria passa a ser de vital importância para a boa realização do trabalho do auditor, uma vez que os normativos editados pela ANS implicam em aspectos para fortalecimento do controle, da saúde financeira da solvência e continuidade das OPS.

Este trabalho se faz importante na esfera científica, por sinalizar aos profissionais das áreas contábil, de auditoria independente e de gestão de OPS, a

relevância dos riscos ocasionados pela não observância das normas trazidas pela regulação do setor e suas possíveis conseqüências.

Para a sociedade de um modo geral, este trabalho se justifica pela sua importância ao apresentar aos usuários das OPS's a profunda preocupação da ANS quanto a saúde financeira das OPS's, criando mecanismos e instrumentos regulatórios para que as mesmas tenham condições de arcar com o contratado com cada um dos seus clientes. Uma vez que caso a garantia da solidez da operadora não seja real, as mesmas podem se transformar em grandes prejuízos, não só financeiro como sociais.

1.4. Estrutura do Trabalho

O presente trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos, onde no primeiro são colocados a delimitação do tema, o objetivo geral a que o estudo de propõe e os objetivos específicos a serem atingidos no seu desenvolvimento, e justificativa.

No segundo capítulo é apresentado o referencial teórico deste estudo, estando dividido em cinco títulos, onde no primeiro é apresentados os aspectos históricos da saúde suplementar no Brasil, desde a origem das primeiras empresas até a intervenção estatal através da criação da ANS. No segundo título são apresentados os aspectos normativos impostos pela regulação do setor, no terceiro título, os aspectos conceituais de terminológicas adotadas na atividade de saúde suplementar.

Os fatores que se configuram como riscos da atividade de planos de saúde estão apresentados no título quatro, e o risco de auditoria na atividade de saúde suplementar apresentados no título cinco.

O terceiro capítulo trata da metodologia da pesquisa, apresentando os tipos de pesquisas adotadas e as limitações do método, e no quarto capítulo são relatadas as conclusões deste trabalho, assim como a opinião formada do decorrer do estudo, mediate os objetivos propostos.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

2.1.1. Breve Histórico da Saúde Suplementar no Brasil

A saúde complementar surgiu no Brasil na década de 40 e 50 com os planos Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual GEAP).

Esse tipo de assistência, assim como alguns dos atuais planos privados de saúde são baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e de seus empregados, criados para suprir uma lacuna deixada pela ineficiência do serviço público, que na época eram prestados através dos Institutos de Previdência. O serviço de saúde pública era prestado exclusivamente para as classes trabalhadoras, empregados, empregadores ou autônomos contribuintes da Previdência Social e seus respectivos dependentes.

De acordo com o trabalho de Bahia (Apud VEDRAMINI, 2001 p.22), a origem dos planos privados estaria diretamente relacionada à Lei Elói Chaves (1923) a partir da qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP, onde a primeira a oferecer assistência médica aos seus filiados e dependentes foi a dos trabalhadores das ferrovias.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões foram evoluindo progressivamente para os Institutos de Aposentadorias e Pensões, por volta de 1930, também custeados com recursos dos seus trabalhadores filiados.

Essas autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MINC), estruturadas como modelos de pensões, mantinham o mesmo modelo de financiamento entre empregados de algumas categorias profissionais, empresas e Governo. (BAHIA, 2001, Apud CRUZ, p.25).

De acordo com Vedramini, (2001, p.22) esses Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP's deram origem a Institutos distintos por locais geográficos, sendo o

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, criado em 1967 para atendimento dos trabalhadores urbanos e o FUNRURAL em 1972 para os trabalhadores rurais, evoluindo posteriormente, em 1978, para um único instituto, o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, com assistência médica hospitalar prestada exclusivamente aos seus contribuintes.

Apesar dessa assistência “pública” ser custeada pelos contribuintes filiados ao Instituto Nacional de Previdência, quer fossem como empregados, empregadores ou contribuintes autônomos, o atendimento à clientela filiada não ensejava eficiência na qualidade dos serviços nem mesmo capacidade de atendimento da demanda de contribuintes nos postos ambulatoriais do INAMPS.

Neste aspecto, se nos reportarmos a três décadas atrás não será difícil recordar cenas que se repetiam diariamente, nas instalações do INPS e posteriormente do INAMPS, tais como as quilométricas filas nos postos ambulatoriais, ou ainda as pernoites dos contribuintes e dependentes nas filas que se formavam no entorno dos prédios do INPS, como forma de garantia do atendimento, uma vez que havia limitação quantitativa diária de número de consultas para cada especialidade médica.

Paralelamente a esta forma assistência médica prestada pelos Institutos de Previdência, foram surgindo como forma de alternativa as empresas médicas.

Na década de 60 surgiram em São Paulo às empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), incentivadas pelas políticas de privatização que a Previdência Social estimulou, voltadas a determinadas demandas das Indústrias multinacionais principalmente do setor automobilístico, ali instaladas, e se expandiram durante os anos 70, através dos convênios-empresa. Até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde era quase que exclusivamente formado pelos planos de empresas. Nesta época, uma parte significativa das grandes operadoras de planos de saúde — como a Interclínicas, a Intermédica, a Medial, a Golden Cross e a Unimed — e os planos próprios das grandes montadoras, empresas estatais e de associações de categorias - como o dos bancários - já estavam consolidados.¹

¹ TEIXEIRA, Aloísio et al, NOTA SOBRE A REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE DE EMPRESAS, NO BRASIL, citado por Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002. (2002, p.20)

No final da década de 80, a Constituição Federal de 1988, institucionalizou a saúde pública no Brasil como um direito universal dos cidadãos, criando o Sistema Único de Saúde – SUS, e abertura à iniciativa privada como assistência suplementar.

A criação do SUS desencadeia uma acentuada elevação na demanda ao serviço de saúde pública pela abrangência ao universo de brasileiros, que anteriormente à CF/88 ficavam à margem, por ser o atendimento voltado exclusivamente àqueles filiados ao regime geral da previdência social.

Sem a infra-estrutura necessária ao atendimento do contingente de brasileiros que passou a procurar o serviço público, este se torna insuficiente ao atendimento da população, gerando um caos na saúde pública do Brasil.

Vislumbrando este mercado muitas empresas surgem e passam a comercializar planos individuais com coberturas diferenciadas, para aqueles que dispunham de poder aquisitivo.

O surgimento de cerca de três mil operadoras neste período, na ausência de qualquer regulação/fiscalização, levou a um cenário caótico, marcado, principalmente, pela existência de diversas operadoras com sérias dificuldades financeiras. (CRUZ, 2004 p.15)

De acordo com o pensamento de Campos (2004, p. 20), a expansão do setor de saúde suplementar não ocorreu em função da qualidade de seus processos ou serviços prestados, sendo a inoperância e a qualidade do sistema público de saúde oferecido nos anos 80 o grande contribuinte para desenvolvimento deste potencial.

Visto desta ótica, para o consumidor contratante de um plano de saúde daquela época, uma oferta de serviço de saúde suplementar que lhe fornecesse a garantia do atendimento sem a demanda de esperas nas longínquas filas dos ambulatorios e postos de saúde do setor público, já representava um diferencial, mesmo com as limitações contratuais impostas por essas empresas.

Segundo Montone (2003, p.7), a atividade privada na área da saúde foi recepcionada pela Constituição Federal de 88 condicionada à regulamentação específica, mas esta apenas começou a materializar-se em meados dos anos 90, tendo o marco legal da regulação, o conjunto formado pela Lei 9.656 e pela MP 1.665 de 1998.

Neste intere de dez anos de discussões e tentativas de regulação do setor, no Congresso Nacional, as Empresas de planos de saúde praticamente criaram suas

próprias regras de funcionamento, comercialização e cobertura de procedimentos, de maneira a se beneficiarem da omissão estatal de regular e fiscalizar o setor, obtendo resultados econômico-financeiros mais favoráveis em detrimento às restrições por elas impostas aos seus consumidores.

A ausência de um órgão regulador que estabelecesse as regras específicas de constituição jurídica, entrada e saídas de empresas do setor, normas de funcionamento, relações contratuais com consumidores e com os seus prestadores de serviços, e que fiscalizasse o seu cumprimento, ocasionou o surgimento de práticas abusivas dos planos de saúde para com seus consumidores.

O usuário do sistema é o segmento mais vulnerável nessa relação – tem pouco controle sobre as variáveis-chave do seu relacionamento com as empresas do setor: não tem instrumentos para coibir os abusos que contra ele são cometidos, tem baixa capacidade de negociação por não estar institucionalmente articulado e pouco pode influir nas questões referentes à melhoria de qualidade do atendimento de saúde.” (BRASIL, 2001 p.29)

Os consumidores, elo mais vulnerável da relação, desprovidos de instrumentos eficazes para coibir eventuais abusos, eram lesados e desrespeitados das mais variadas formas por algumas operadoras que se prevaleciam de estratégias contratuais abusivas que permitiam seleção de risco, seja pela exclusão de tratamentos de alto custo, seja por aumentos unilaterais de preços. (CRUZ, 2004, p.15)

Os preços dos seguros individuais, bem mais elevados do que os coletivos variavam entre faixas etárias com fatores de até 14 vezes entre a primeira e a última faixa. (BAHIA, apud CRUZ, 2004 p.32).

As insatisfações dos consumidores, segundo Cruz (2004, p.34) eram geradas em função de serem “desrespeitados das mais variadas formas, como, por exemplo, com a imposição de contratos desvantajosos, unilateralidade na rescisão dos mesmos, prazos de carência exorbitantes, aumentos indiscriminados de preços, e outras”, tais como limitações contratuais quanto às coberturas assistenciais, rol de procedimentos, limitações quantitativas de número de consultas, dias de internação, dias de U.T.I e de exames de alta complexidade.

Além desses aspectos, a corrida pelo investimento de empresários no setor, em busca deste crescente mercado, sem um planejamento econômico-financeiro que mensurasse o risco do negócio e seus efeitos na continuidade das operações, fez empresas despreparadas para o mercado terminar por encerrar suas atividades,

ocasionando verdadeiros desastres ao deixarem um contingente número de usuários prejudicados.

Então, o que parecia uma alternativa à precariedade do atendimento de saúde pública, tornara-se um problema, não obstante a falência constante de empresas de planos de saúde, deixando seus prestadores de serviços e consumidores amargando as perdas financeiras e de seus direitos contratuais.

A falência, quase que total, da Golden Cross - uma das maiores operadoras de planos e seguros de saúde no país - demonstrou a necessidade de medidas para a questão da solvência das operadoras e foi tornando a intenção governamental de regular a Saúde Suplementar mais forte. (LUGARINHO, 2004, p.41)

A ineficiência econômica do Mercado de Saúde Suplementar, em especial quanto à preocupação com a proteção dos consumidores, com a solvência das operadoras e com a qualidade de assistência por elas prestadas, tornou necessária a intervenção do Estado sobre essa atividade. (CRUZ, 2004, p.15)

Diante deste cenário, foi necessária a busca de uma regulamentação, de um órgão regulador. Surgiu então a ANS (Agência Nacional de Saúde).

2.1.2.Criação da ANS e Regulamentação do Setor

Em 1997, diante do novo cenário de um setor de mercado que segundo Montone (2003, p.8) "já atingia mais de 30 milhões de brasileiros profundamente descontentes com os serviços recebidos, através de centenas de empresas dos mais diversos tipos e sobre o qual pouco se sabia de fato" o Estado interveio formalizando a regulação do setor de saúde suplementar, com a publicação da lei 9.656/98, e da MP 1.661/98 (posteriormente MP 2.097) e a lei 9.961/00, sendo este conjunto considerado por Montone (2003, p.7), o marco legal da regulação.

A implantação da regulação tinha como principais objetivos garantir a solvência das operadoras e corrigir as distorções do mercado de saúde suplementar, que apresentava assimetria informacional acentuada, não sabendo os consumidores exatamente o que era adquirido. (LUGARINHO (2004, p.41)

Muitos planos de saúde excluíam todas as doenças crônicas, as infecciosas, as congênitas, e excluíam até métodos diagnósticos mais caros ou recentemente desenvolvidos.(...) seguradoras e os planos de saúde preferiam pacientes de risco baixo ou médio,

tentando excluir aqueles de maior risco (idosos, crônicos, etc.) - agiam contra a população" (LUGARINHO, 2004 p.41)

A Lei nº. 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar estabeleceu a sua competência, autonomia como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. (...). A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. (...). A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. (BRASIL, 2000, p. 01).

Conforme se constata no texto da Lei, a ANS foi revestida de plenos poderes, concedidos pelo Estado, com independência para regular, regulamentar, fiscalizar as Operadoras de Planos de Saúde, objetivando a correção das práticas irregulares adotadas no mercado de saúde suplementar.

2.2. ASPECTOS NORMATIVOS DA REGULAÇÃO DO SETOR

A Lei 9.656/98 estabeleceu os critérios para ingresso, funcionamento e encerramento das atividades de empresas no setor, os critérios de registro e comercialização dos planos de saúde, discriminou os padrões de cobertura assistencial e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das Operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

2.2.1 As Novas Regras Impostas pela ANS

O conjunto formado pela Lei 9.656/98 e medidas provisórias editadas posteriormente, e pela Lei nº. 9.961 de 28 de janeiro de 2000 estabeleceu as regras e obrigações quanto aos aspectos de constituição, entrada operação e permanência no Setor de Saúde Suplementar, tais como:

- Estabelecimento de normas para a constituição de operadoras de planos e seguros de saúde.
- Obrigatoriedade do registro de produtos,
- Criação dos planos de referência hospitalar, ambulatorial e odontológico, com garantias de cobertura a todas as doenças e problemas de saúde incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID).
- Estabelecimento de regras para períodos de carência de cobertura, doenças preexistentes, reajuste dos preços entre outros aspectos.
- Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, para supervisionar e expedir normas complementares para a regulação do setor.
- Cria o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) constituído pelo Ministro da Saúde, Justiça e Fazenda e autoridades da Fazenda e da Saúde.

2.2.2 Estrutura da ANS

A ANS é dirigida por uma Diretoria Colegiada composta por cinco Diretores, sendo um deles seu Diretor-Presidente, com mandatos de 3 anos não coincidentes. As diretorias são:

- Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO): responsável pelas atividades de habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos (planos de saúde), monitoração dos preços autorização reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos;
- Diretoria de Fiscalização (DIFIS): responsável pelo planejar as atividades de fiscalização assistencial e econômico-financeira das operadoras,

- Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES): responde pelas atividades de integração de informações e ressarcimento das operadoras ao SUS, como também do incentivo à qualidade de desempenho das operadoras;

- Diretoria de Gestão (DIGES): responsável pelo sistema de gerenciamento

da ANS (recursos financeiros, humanos, suprimentos, informática etc.), além de controlar a arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar.

O marco regulatório aprovado em junho de 1998 entrou em vigor, efetivamente, em janeiro de 1999. Durante este intervalo, foram editadas, pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) várias resoluções necessárias a viabilização das exigências da legislação, (MONTONE, 2003, p.12).

Além das resoluções editadas pelo CONSU, como forma de fiscalizar e controlar a saúde financeira das operadoras, monitorando o seu risco de continuidade e conseqüente protegendo e assegurando o direito dos consumidores, foram publicadas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), estabelecendo mecanismos para que a ANS pudesse implementar esses controles, tais como :

- O envio de informações para cadastro de beneficiários – RDC Nº 03/2000;
- Aprovação de normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das Operadoras – RDC Nº 05/2000;
- Instituição da taxa de saúde suplementar – RDC Nº 06/2000;
- Disposições sobre o plano de referencia – RDC Nº 07/2000;
- Criação de instrumentos para acompanhamento econômico-financeiro das operadoras – RDC Nº 22/2000;
- Disposição de aplicação de penalidades às OPS – RDC Nº 24/2000
- Proibição de comercialização dos planos de saúde criados anteriormente à Lei 9.656/98; RN 40/2003
- Criação de plano de contas padrão e obrigatoriedade da sua utilização objetivando a padronização das demonstrações contábeis – RDC 38/2000;

- Estabelecimento de normas para reajuste das mensalidades dos planos privados de assistência à saúde - RDC 66/2001
- Submissão das contas ao exame de auditores independentes registrados no Conselho Federal de Contabilidade – CFC e na Comissão de Valores Mobiliário- CVM;
- Instituição de critérios para constituição garantias financeiras a serem observadas pelas Operadoras, bem como a exigência de capital mínimo necessário para operar no Mercado de Saúde Suplementar – RDC Nº 77/2001/2001;
- Disposição sobre a transferência de controle societário de OPS – RDC 83/2001;
- Instituição do Sistema de Informações de Produtos – SIP, para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários – RDC 85/2001
- Publicação anual das demonstrações financeiras definidas na Lei 6.406/76 e respectivo parecer dos auditores independentes;
- Proibição às Operadoras de Planos de Saúde de requererem concordata;
- Impedimento aos credores de requererem a falência das Operadoras;
- Estabelecimento de liquidação das Operadoras por regime extrajudicial a pedido da ANS – RDC 47/2001
- Indisponibilização dos bens dos administradores das Operadoras em regime de liquidação extrajudicial ou regime de direção fiscal;

Embora a Lei 9.656/98 tenha sido criada como o objetivo principal de proteção ao consumidor, os benefícios trazidos por ela não puderam ser aplicados ao contingente de consumidores já participantes deste mercado, visto o princípio do Direito tributário da irretroatividade.

A Lei n. 9.656/98 teve sua constitucionalidade questionada por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1.931-8, com pedido de liminar, de autoria da Confederação Nacional de Saúde. O julgamento da ADIN ainda não terminou. Em 21 de agosto de 2003, com base no voto do Ministro Maurício Corrêa, de 20 de outubro de 1999, o Supremo Tribunal Federal concedeu liminar para suspender o art. 35-G, que previa que a Lei n. 9.658/98 retroagia para atingir os planos anteriores à vigência da lei. Os demais artigos tiveram, em sede de liminar, reconhecida a sua constitucionalidade. (BRASIL, 2007, p.28)

2.3.ASPECTOS CONCEITUAIS

2.3.1. Definição de Operadora de Planos de Saúde

A Lei 9.656/98 define em seu Art. 1º as Operadora de Plano de Assistência à Saúde como: “a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde”.(BRASIL, 1998, p.01)

2.3.2. Classificação das Operadoras de Planos de Saúde

2.3.2.1. Classificação das Operadoras Quanto ao Tipo de Atenção

A ANS, através da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº nº 39, de 27 de outubro de 2000, classifica as operadoras de planos de saúde quanto ao tipo de atenção prestada da seguinte forma:

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. (BRASIL, 2000, p. 01)

2.3.2.2. Classificação das Operadoras Quanto à Segmentação

As Operadoras de Planos de Saúde que atuam no tipo de atenção médico-hospitalar são classificadas pela RDC Nº nº. 39 nos seguintes segmentos:

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

referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; IV segmento secundário principal - SSP: as que dependem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; V segmento secundário subsidiário - SSS: as que dependem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou; VI segmento terciário ST: as que dependem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços. (BRASIL, 2000, p.02)

As Operadoras que atuam no tipo de atenção odontológica são classificadas pela RDC nº 39, pela sua segmentação da seguinte forma:

I segmento próprio - SP: as que dependem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; II segmento misto - SM: as que dependem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou III segmento terciário - ST: as que dependem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos. (BRASIL, 2000, p.02)

2.3.2.3. Classificação das Operadoras Quanto à Forma Jurídica

Ao longo das décadas de evolução da saúde suplementar no Brasil, as empresas de planos de saúde foram se organizando e se constituindo de diversas formas jurídicas cada uma com suas características e personalidades diferenciadas. A ANS classifica através da Resolução RDC Nº 39 essas Operadoras nas seguintes modalidades:

2.3.2.3.1. Administradoras

São definidas como empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

2.3.2.3.2. Cooperativas Médicas

Classificam-se na modalidade as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, constituídas sob a forma da Lei 5.764/71 que dispõe sobre as sociedades cooperativas. Nesta modalidade os médicos se associam constituindo a entidade jurídica sem fins lucrativos, na qual os profissionais além de sócios são também prestadores de serviços e participam do resultado na proporcionalidade do volume dos seus atendimentos.

Ao longo do tempo, as 'cooperativas médicas' deixaram de vender exclusivamente os serviços médicos de seus cooperados e passaram a administrar planos – com contratos de rede tal quais as medicinas de grupo, independente de serem serviços 'cooperados' ou não. (BRASIL, 2007, p.24)

A exemplo dessas operadoras, citamos as Cooperativas que compõem o Sistema Unimed. Atualmente muitas dessas Unimed's possuem rede própria de atendimento, compostas por hospitais e centros clínicos, além dos prestadores de serviços da rede credenciada.

A principal organização representativa das cooperativas é a Unimed do Brasil. As cooperativas organizaram-se em bases regionais distintas, portanto há Unimeds municipais, regionais e estaduais. Dessa forma, ocorre grande variação do padrão dos serviços prestados, dos preços cobrados e dos instrumentos de gestão utilizados pelas Unimeds em todo o país. (BRASIL, 2007, p.25)

2.3.2.3.3. Cooperativa Odontológica

São Operadoras constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos, constituídas através da associação de profissionais de odontologia sem finalidade de lucros. A exemplo dessas OPS's, citamos as UNIODONTO's.

2.3.2.3.4. Autogestão

Definem-se como as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde, destinado exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos

familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhadas. A exemplo dessas operadoras citamos a Cassi, patrocinada pelo Banco do Brasil, e a GEAP, patrocinada pelo INSS – Instituto Nacional do Seguro Social. De acordo com o art. 6º da RDC Nº 39 de 2000, as autogestões segmentam-se em:

I patrocinadas: entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, de uma ou mais empresas, e que possuam gestão própria; ou II não patrocinadas: são as entidades de autogestão que não se classificam como patrocinada, conforme definido no inciso anterior. (BRASIL, 2000, p.03)

A principal organização que atualmente, representa o segmento das autogestões é a Unidas.

2.3.2.3.5. Medicina de Grupo

São as empresas ou entidades privadas que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, com fins lucrativos excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de Administradoras, Cooperativas, Autogestão e Filantropias. Essas empresas não possuem rede de atendimento própria, sendo os serviços prestados através de credenciamento de médicos, hospitais, e clínicas de diagnósticos e terapêuticas.

A principal organização que as representa é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

2.3.2.3.5. Odontologia de Grupo

As empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, com fins lucrativos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de Cooperativa odontológica.

2.3.2.3.6. Filantropia

Entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

2.3.2.3.7 Seguradoras

O funcionamento dessas empresas previsto no Decreto-Lei nº. 73 era exclusivamente de indenização de gastos efetuados na assistência médica. Porém, na década de 1980 a SUSEP cria “Seguro de Assistência Médica”, cujo objeto da apólice é a garantia de assistência médica e não mais a indenização. A principal organização representante é a Federação Nacional de Seguros (FENASEG).

Operadoras em atividade, por Grandes Regiões da sede, segundo a modalidade - Brasil - setembro/2007						
Modalidade da operadora	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	1.998	56	283	1.201	331	127
Administradora	20	-	1	14	5	-
Autogestão	290	9	35	152	55	39
Cooperativa médica	354	18	60	178	67	31
Cooperativa odontológica	153	6	24	86	25	12
Filantropia	104	2	5	82	13	2
Medicina de grupo	642	13	80	421	102	26
Odontologia de grupo	423	8	78	256	64	17
Seguradora especializada em saúde	12	-	-	12	-	-

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 09/2007

2.3.3. Entendendo o Negócio de Planos de Saúde

2.3.3.1. As receitas

As receitas operacionais das Operadoras de Planos de Saúde são decorrentes da venda de planos de assistência á saúde, cujos produtos a serem oferecidos no mercado necessitam previamente de registro na ANS para terem sua

d) Quanto á coberturas geográficas: nacionais, em um grupo de estados, estadual, grupo de municípios ou municipal.

e) Quanto a regulamentação os planos de saúde podem ser classificados em planos regulamentados – produtos comercializados a partir da vigência da Lei 9.656/98 atendendo as condições mínimas de cobertura estabelecidas plano de referência², sem limitações quantitativas de utilização; e planos não-regulamentados – produtos comercializados até a vigência da Lei 9.656/98, cujas restrições de coberturas e quantidades de utilização constam pré determinadas nos instrumentos contratuais.

2.3.3.3. As despesas

As despesas operacionais das OPS estão diretamente relacionadas aos custos despendidos para atendimentos das coberturas contratadas pelos seus usuários, quando da sua efetiva utilização, através de prestadores de serviços previamente credenciados e/ou de rede própria de atendimento, ou ainda pelo reembolso das despesas, conforme o segmento da Operadora. Esses custos são denominados pela ANS em seu plano de contas padrão como eventos indenizáveis.

O conjunto de eventos ocorridos num dado período constitui a sinistralidade da Operadora.

2.4. O RISCO DO NEGÓCIO DE PLANOS DE SAÚDE.

Nesta fase do estudo trataremos dos riscos operacionais da atividade saúde suplementar decorrente de natureza de suas operações.

Segundo Mendes (1997, Apud CRUZ 2004, p.54) “na atividade seguradora, para que o risco possa ser admissível em contrato, devem ser observadas certas condições fundamentais, ou seja, possível, futuro (não pode ter ocorrido no momento da realização do contrato), incerto (aleatório), independente da vontade das partes contratantes, causador de prejuízo de natureza econômica e quantitativamente mensurável.

² Lei 9.656/98 - Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei,(...)

Em seu trabalho, BAHIA (1999, p. 81) apresenta um conceito estatístico de risco adaptada da definição proposta pela OMS³, como a frequência esperada de efeitos indesejados que surgem da exposição a fatores perigosos.

Para as Operadoras e Seguradoras de Saúde o risco é definido por Cruz(2004) como a possibilidade de ocorrência do evento determinado, aleatório cuja ocorrência acarreta prejuízo de ordem econômica. A efetivação do evento é o sinistro (para seguradora) ou eventos indenizáveis (para a operadora).

Os riscos segurados pelas operadoras de planos e seguros saúde não são mensuráveis da mesma maneira que os patrimoniais e outros ramos pessoais. O contrato entre seguradoras e segurados, no que tange ao seguro saúde, não é baseado no cálculo de um valor único a ser indenizado face a perda do objeto ou da vida como nos demais seguros e sim referenciado na média de probabilidade de consumo (BAHIA,1999, p.92).

A seleção adversa, segundo a tese de Bahia (1999, p.93), constitui outro fator diretamente relacionado à atividade de planos de saúde, que consiste na busca preferencial desses serviços por parte das pessoas com altos riscos, isto é doentes, profissões perigosas. Este fator é explicado por Cruz (2004, p.56) como a tendência de que indivíduos de maior probabilidade de utilização de serviços de saúde adquiram planos privados de saúde.

Decorrente deste comportamento das probabilidades de consumo, as Operadoras de planos e seguros de saúde, anteriormente à Regulamentação imposta pela ANS, tratava de selecionar sua clientela, estabelecendo os filtros ao acesso tais como o elevado preço das mensalidades para usuários com maior propensão à utilização dos serviços de saúde.

O alto preço da aquisição dos planos consistia no filtro para ingresso do consumidor que se ultrapassasse esta etapa, conseqüentemente entraria nos demais filtros de riscos tais como as limitações de procedimentos e quantidades de utilização previstos nos contratos negociados.

De uma forma geral, essa seleção ao risco imposta pelas operadoras aos seus consumidores, consistia numa forma de auto preservação, justamente por ser um serviço contratado, cuja garantia não tem um preço "apólice" pré- estabelecida ou delimitada.

³ Organização Mundial de Saúde

2.4.1. Riscos Operacionais Decorrentes da Cobertura Assistencial

O art. 1º. Da Lei 9656/98 define Plano Privado de Assistência à Saúde como:

A 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 às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (BRASIL, 1998, p.01)

Anteriormente à publicação da Lei 9.656/98 as OPS negociavam seus produtos adotando em seus instrumentos contratuais suas próprias limitações de coberturas de procedimentos, de quantidades de número de consultas, de dias de internação hospitalar e de dias em UTI. A imposição dessas restrições representava uma forma de minimizar os custos com o atendimento de seus usuários, delimitando os gastos em sua rede própria ou credenciada.

Com a vigência das leis que passaram a regular o setor de saúde suplementar, e das Resoluções emitidas pelo CONSU e pela Diretoria Colegiada da ANS, as quais instituíram os mecanismos da operacionalização da regulação, as OPS se viram num novo cenário de imposição de regras e coberturas anteriormente inexistente, sendo obrigadas a atender os as novas condições de cobertura e acesso de seus consumidores trazidos regulamentação pela ANS:

- Plano de Referência
- Registro de Produtos -
- Rol de Procedimentos Médicos
- Rol de Procedimentos Odontológicos
- Urgência e Emergência
- Coordenador de Informações Médicas
- Regulamentação do acesso nos casos de Doença e Lesão Preexistente:
 - CPT - Cobertura Parcial Temporária
 - Agravo
 - Rol de Procedimentos de Alta Complexidade

- Declaração de Saúde

A inclusão dessas medidas, associada à imposição da “garantia sem limite financeiro à assistência à saúde”, imposta no conceito de Plano Privado de Assistência à Saúde pela Lei 9.656/98, revelou às Empresas do ramo de saúde suplementar uma atividade de risco acentuado, considerando a probabilidade da ocorrência de eventos futuros, uma vez que as medidas impostas impediam a seleção de riscos por parte da Operadoras.

Diante do novo panorama instaurado no Mercado de Saúde Suplementar, a seleção adversa⁴ não poderia mais ser evitada, implicando na prospecção de elevação futura dos eventos indenizáveis, uma vez que os novos beneficiários adquirentes estariam livres da limitação financeira para as coberturas assistenciais, implicando em maiores probabilidades de sinistralidades para as Operadoras e consequentemente elevação dos custos com a manutenção da rede de serviços.

De acordo com o trabalho de Cruz (2004), o risco da seleção adversa teria efeito mais significativo para as operadoras de planos de assistência médica hospitalar, por ser nesta modalidade a envolver espécies de evento de alta complexidade com maior representatividade financeira.

Esse aspecto estaria diretamente relacionado ao fator surpresa das contas que a operadora de saúde teria a pagar aos seus prestadores decorrentes da utilização dos seus beneficiários, gerando um conflito de interesse entre as partes, visto que o que representa a receita dos prestadores de serviços constitui a sinistralidade da OPS.

Segundo Cruz (2004) as operadoras que possuem e concentram suas atividades em redes próprias de serviços tenderão a apresentar menor risco de insolvência em razão de poder gerenciar melhor seus custos, ter maior controle sobre a qualidade dos serviços, bem como possuir maior flexibilidade na formação do preço de venda, bem como as empresas que operam em nível nacional tenderão a ficar expostas a um risco maior do que aquelas que operam em um único e pequeno município.

Com o advento dos planos regulamentados e demais condições impostas pela Lei 9.656/98 as OPS passariam a ter uma preocupação a mais, que implicaria

⁴ O bloqueio à seleção adversa é definido no trabalho de Cruz (2004), como um mecanismo de criação de barreiras para que indivíduos que representam de maiores riscos para OPS, tais como idosos, doentes, fossem excluídos já na contratação.

num risco maior à sua saúde financeira: controlar a demanda de utilização dos serviços por parte do consumidor, agora sem limite, bem como a dos prestadores em auferirem maiores receitas, por intermédio dos beneficiários dos planos de saúde. Com isso, surgia um novo risco, o da sobre-utilização do plano de saúde.

As tendências de sobre-utilização dos serviços de saúde podem ocorrer de duas maneiras. No primeiro caso, os consumidores, cientes de que suas despesas com saúde estão completamente cobertas e que, independentemente do volume consumido, seus gastos não irão se alterar, tendem a sobre-utilizar os serviços de saúde. (PAULLY, 1968 apud ANDRADE, 2001, apud CRUZ, 2004,)

Na segunda hipótese, o fato de os provedores de saúde atuarem tanto no lado da oferta (prestadores de serviços) como da demanda (por exemplo, médico do paciente que em função de seu desnível de informação ficam impossibilitados de contestar as prescrições médicas) também acarreta a sobre-utilização dos serviços de saúde. Este processo é conhecido por oferta induzindo a demanda. (CRUZ, 2004, p.57)

Segundo Cruz (2004, p.57) a indução de demanda tende a ocorrer de duas formas:

quando o prestador de assistência médica, em virtude da necessidade de um diagnóstico mais apurado, tende a demandar diversos exames independentemente dos custos agregados nestes procedimentos; (...) quando o sistema de saúde utiliza mecanismo de pagamento por procedimento, alguns prestadores de assistência médica, podem roer cuidados de saúde em excesso ou executar procedimentos desnecessários para se beneficiarem financeiramente (CASTRO, 2002, apud CRUZ, 2004, p.57).

Além desses aspectos, Nitão (2004, p.43) afirma que no caso específico da saúde suplementar no Brasil, as empresas que atuam comercializando planos de saúde sofrem ainda o impacto dos outros setores do complexo industrial de maneira indireta, na medida em que existe a intermediação da prestação de serviços pelos profissionais, clínicas ou hospitais. Estes tentarão repassar às operadoras as elevações de custos dos produtos fornecidos pela indústria farmacêutica, de equipamentos de reagentes e soros e demais itens envolvidos no processo.

Outro fator de risco à que as OPS estão expostas encontra-se diretamente relacionado ao questionamento da retroatividade da Lei 9.656/98, que inviabilizou a

cobrança do cumprimento desse dispositivo da legislação, que foi revogado. Os usuários mantiveram o direito de permanecer com seu plano antigo por tempo indeterminado e o de exigir a adaptação - a qualquer tempo - para um contrato novo”(Montone, 2003, p.14).

O impacto dessa regulamentação, exceto quanto ao Coordenador de Informações Médicas, deu-se apenas sobre os planos novos, aqueles contratados a partir de janeiro de 1999, posto que nos contratos antigos prevalecem a cobertura assistencial constante do contrato. (Montone, 2003, p14).

Decorrente deste aspecto, Montone (2003, p. 48) diz que imensa maioria dos problemas apontados no setor de saúde suplementar, hoje, está ligada a usuários de planos antigos, principalmente os de planos individuais em virtude da não-extensão a esses da cobertura assistencial integral garantida aos contratos novos, sendo esta a origem da maior parte das denúncias e reclamações dirigidas à ANS.

Surge deste conflito boa parte das demandas jurídicas de Ações Cíveis enfrentadas pelas OPS, pleiteando a obrigação de fazer os procedimentos não cobertos em instrumento contratual.

2.4.2. Risco de Insolvência

A atividade de saúde suplementar, pela sua própria natureza, constitui-se uma atividade de alto risco financeiro, visto não haver uma previsão de limite para cobertura das despesas assistências do contratante tal qual ocorre nas modalidades de seguros patrimoniais e pessoais, conforme explicado por Bahia (1999).

Este risco torna-se mais acentuado para as operadoras de prestação de serviço de assistência médica, visto a cobertura de procedimentos de alto custo, UTI demandando em contas hospitalares de valor bastante elevado.

Embora muitas Operadoras se utilizem do recurso de autorização prévia para realização de procedimentos eletivos de alto custo, os valores resultantes desses Eventos, só serão de conhecimento da operadora mediante a apresentação da conta pelo prestador de serviço.

Essas despesas médicas que estão sendo geradas na rede credenciada da operadora e que ainda não foram efetivamente cobradas pelos prestadores, não

sendo o seu valor conhecido pela operadora, são definidos pela RDC Nº 77/2001 como Eventos Ocorridos e Não Avisados.

O fator surpresa dos Eventos Ocorridos e Não Avisados associados aos demais fatores de riscos do negócio de OPS tais como Impedimento da seleção adversa; ausência de limite financeiro para cobertura assistencial dos contratos regulamentados, ausência de mensuração precisa dos gastos com a cobertura assistencial, a sobre-utilização do plano e demandas jurídicas de planos não regulamentados, constitui o mais agravante e preocupante dos riscos da atividade: o risco da insolvência.

Segundo Hendriksen (1999, p. 177), a solvência é a capacidade de pagamento das obrigações de uma empresa no momento de seus vencimentos, sendo um conceito mais amplo que a liquidez, visto a sua relação direta com a possibilidade de continuidade.

De acordo com Silva, a Margem de Solvência é a disponibilidade líquida da Sociedade, sendo chamada de *Surplus to Policy Holders* pelo mercado americano.

A Solvência das Seguradoras, segundo Silva é definida como a capacidade de honrar seus compromissos futuros, sendo a empresa considerada solvente se o fluxo de receitas futuras adicionado à sua Margem de Solvência (Medida contabilmente pelo Ativo Líquido) ultrapassar o fluxo de desembolsos futuros.

De acordo com os conceitos expostos a insolvência pode ser definida como a situação oposta da solvência, indicando a incapacidade do devedor de pagar suas dívidas, sendo esta a causa determinante descontinuidade (falência).

2.4.3. Aspectos Normativos Atenuantes ao Risco de Insolvência

Sendo a solvência das OPS um dos fatores mais preocupantes para a ANS, através da sua Resolução RDC Nº 77/2001 foram instituídos mecanismos baseados do Art. 35-A da Lei 9.656/98 com intuito de minimizar o risco da insolvência, estabelecendo-se os critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, consistentes em bens, móveis ou imóveis, e fundos especiais ou seguros garantidores; com o objetivo de proteger o

consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras, sendo tais garantias financeiras a constituição de:

- Capital Mínimo ou Provisão de Operação;
- Provisão de Risco;
- Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados;
- Margem de Solvência;
- E outras provisões técnicas.

Em junho de 2007, foi publicada pela ANS a Resolução Normativa RN nº 160 de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, revogando a RDC nº. 77 de 2001.

Anteriormente à publicação da Resolução 160/2007, as OPS definidas na modalidade de Autogestões Patrocinadas estavam desobrigadas da constituição de garantias financeiras.

Segundo Cruz (2004, p.46) a justificativa para essas isenções é que existe uma empresa, a patrocinadora, que se responsabiliza pelo plano de saúde dos seus empregados e dependentes e que, em caso de déficit nas atividades de operação de plano, aportará recursos para que não haja descontinuidade na prestação da assistência à saúde dos participantes. A não-dispensa das patrocinadas destas exigências poderia provocar desinteresse de empresas e entidades em manter programas de assistência à saúde sob a modalidade de autogestão.

De acordo com a Resolução Normativa 160/2007 os recursos próprios mínimos a serem observados pela operadora seria o Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA e a Margem de solvência a serem constituídos de acordo com os critérios abaixo descritos

2.4.3.1. Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA

O Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA é definido no art. 3º da RN 160/2007 como o valor mínimo do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social da OPS, ajustado

por efeitos econômicos, calculado a partir da multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, da referida Resolução pelo capital base de R\$ 4.500.000,00 a ser ajustado anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.

De acordo com esta resolução, em seu artigo 4º, as OPS que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001, deverão observar o PMA, cumprindo, no mínimo, o seguinte escalonamento:

- I - até janeiro de 2008, o equivalente à multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, por R\$ 3.100.000,00 (três milhões e cem mil reais), mantendo, no mínimo, 80% (oitenta por cento) deste valor a partir da publicação desta Resolução;
- II - até julho de 2008, o equivalente a multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, por R\$3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais);
- III - até janeiro de 2009, o equivalente a multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, por R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais); e
- IV - até julho de 2009, 100% (cem por cento) do valor estabelecido no artigo 3º.

Já para as OPS que iniciaram suas operações entre 19 de julho de 2001 e a publicação desta Resolução, e aquelas que apresentaram pedido de autorização de funcionamento antes da publicação desta Resolução, deverão observar o PMA, cumprindo, no mínimo, o seguinte escalonamento, conforme art. 5º da Resolução 160/2007

- I - a partir da publicação desta Resolução, o equivalente a 100% (cem por cento) da multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, por R\$3.100.000,00 (três milhões e cem mil reais);
- II - até julho de 2008, o equivalente a multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, por R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais);
- III - até janeiro de 2009, o equivalente a multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, por R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais); e
- IV - até julho de 2009, cem por cento do estabelecido no art. 3º.

O capital base constante dos itens acima citados será ajustado anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.

As operadoras de planos de saúde definidas como autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias pela RDC nº 77/2001, devido à transferência do risco a terceiros, que apresentaram pedido de autorização de funcionamento antes da publicação desta Resolução

deverão observar, integral e mensalmente as regras de PMA podendo, durante o prazo máximo de 06 (seis) anos, contados a partir de janeiro de 2008, observar a proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado.

2.4.3.2. Margem de Solvência

O art. 8º da Resolução Normativa 160/2007 define a Margem de Solvência como à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social, ajustado, para cobrir o maior montante entre os seguintes valores:

- I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos 12 (doze) meses: de 100% (cem por cento) das contraprestações líquidas na modalidade de preço pré-estabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações líquidas 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 indenizáveis líquidos na modalidade de preço pré-estabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pós-estabelecido.

Segundo a RN 160/2007 o percentual ponderador de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações líquidas e dos eventos indenizáveis líquidos em modalidade de preço pós-estabelecido, previstos respectivamente, nos incisos I e II, poderá ser substituído pelo percentual de inadimplência médio verificado pela OPS nos 12 (doze) meses anteriores à data de sua apuração, limitados a, no mínimo, 10% (dez por cento), desde que demonstrado e autorizado pela ANS.

A Resolução 160/2007 prevê ainda os seguintes critérios para constituição da Margem de Solvência:

As OPS não são obrigadas a observar os critérios de Margem de Solvência até que completem um ano de operação;
 Caso a OPS possua tempo de operação inferior a 36 (trinta e seis) meses, a média anual de eventos a que se refere o inciso II, (supra citados) deverá ser calculada com base no seu período total de atividade.
 A formulação de cálculo da margem de solvência constante do caput do artigo 8º, poderá ser substituída por modelo próprio baseado nos riscos da operadora, desde que previamente aprovado pela ANS e segundo critérios e diretrizes a serem regulamentados pela DIOPE, até 31 de outubro de 2007.

Os contratos que possuam parcelas de preço misto deverão ser considerados na modalidade de preço pré-estabelecido; e
Deverão ser consideradas as seguintes adições e deduções ao patrimônio:

a) adições:

lucros não-realizados da carteira de ações; e
receitas antecipadas.

b) deduções:

participações diretas ou indiretas em outras OPS, atualizadas pela efetiva equivalência patrimonial;
despesas de comercialização diferida; e
despesas antecipadas.(BRASIL, 2007, p.02)

2.4.3.3. Provisões Técnicas

A Resolução Normativa 160/2007 em seu art. 12º estabelece que as OPS's deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes provisões técnicas:

I - Provisão de Risco, para garantia da parcela das contraprestações cuja vigência do risco ainda não tenha findado;

II - Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações pecuniárias referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes;

III - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA, estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela OPS;

IV - Outras provisões técnicas que a OPS julgue necessárias visando a manutenção de seu equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões - NTAP e aprovadas previamente pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva aprovação. (BRASIL, 2007, p.03)

2.4.3.3.1. Provisão de Risco

A Provisão de Risco, segundo o art. 16 da RN 160/2007 deverá a ser calculada mensalmente, sendo equivalente a cinquenta por cento da média mensal das contraprestações emitidas líquidas, nos últimos três meses, na modalidade de preço pré-estabelecido, devendo ser observados os seguintes critérios:

Para as OPS com menos de 03 (três) meses de operação, a Provisão de Risco será equivalente a 50% (cinquenta por cento) da média mensal das contraprestações emitidas líquidas considerando o total de meses de operação na modalidade de preço pré-estabelecido.

Poderá ser admitida metodologia de cálculo diferenciada para a provisão de risco desde que consubstanciada em NTAP, a qual deverá ser submetida à análise e aprovação prévia da DIOPE.

A utilização da metodologia aprovada, nos termos do §2º, fica condicionada:

I - ao envio trimestral, em conjunto com o DIOPS, de parecer de auditor independente, com registro na CVM, versando sobre a fidedignidade dos valores resultantes do cálculo bem como dos dados e das informações utilizadas; e

II - que a reversão dos valores, que excedam a provisão apurada pela nova metodologia, seja destinada, exclusivamente, à constituição de outras provisões técnicas previstas nesta Resolução.

As OPS que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001, deverão manter constituído, no mínimo, 80% (oitenta por cento) do valor mensal calculado da Provisão de Risco e, a partir de janeiro de 2008, 100% (cem por cento) do valor mensal calculado da referida provisão.

As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que iniciaram suas operações até a publicação desta Resolução constituirão a Provisão de Risco mensalmente, sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo de 6 (seis) anos, contados a partir de janeiro de 2008, na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão. (BRASIL, 2007, p.03)

2.4.3.3.2. Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados - PEONA

O art. 19 da Resolução Normativa 160/2007 estabelece que no nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, as OPS's deverão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:

I - 9,5% (nove vírgula cinco por cento) do total de contraprestações emitidas líquidas nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço pré-estabelecido, exceto aquelas referentes às contraprestações odontológicas; e

II - 12% (doze por cento) do total de eventos indenizáveis conhecidos na modalidade de preço pré-estabelecido, nos últimos 12 (doze) meses, exceto aqueles referentes às despesas odontológicas. (BRASIL, 2007, p.04)

Caso os valores estimados pela metodologia de cálculo da PEONA, definida em NTAP, apresente constantes disparidades em relação aos eventos efetivamente observados ao longo do tempo, a DIOPE poderá determinar a mudança da metodologia.

É facultativa a constituição da PEONA para as OPS exclusivamente do segmento Odontológico, em optando pela constituição, é indispensável o prévio encaminhamento de sua metodologia de cálculo, definida em NTAP, para análise e aprovação da DIOPE, passando a ser obrigatória a partir da data da efetiva aprovação.

As OPS que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001, constituirão a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA mensalmente, sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo de 06 (seis) anos, contados a partir de janeiro de 2008, na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão.

As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que iniciaram suas operações até a publicação desta Resolução constituirão a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA mensalmente, sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo de 06 (seis) anos, contados a partir de janeiro de 2008 na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão. (BRASIL, 2007, p.04)

2.4.3.3.3. Provisão para Remissão

De acordo com a Resolução Normativa 160/2007, a constituição de Provisão para Remissão será de obrigatoriedade da OPS que assumir a responsabilidade pela cobertura dos riscos dos beneficiários remidos nas condições contratuais pactuadas devendo ser constituída com base em Nota Técnica Atuarial de Provisão devendo ser constituída integralmente no mês de competência do fato gerador do benefício previsto contratualmente.

2.4.3.3.4. Dependência operacional

Dependência Operacional é definida pela Resolução Normativa 160/2007, como sendo a diferença, contada em dias, entre o prazo médio de pagamento de

eventos e o prazo médio de recebimento de contraprestações, decorrente do ciclo financeiro da operação de planos privados de assistência à saúde, sendo o limite financeiro permitido pela ANS para Dependência Operacional de 30 (trinta) dias.

De acordo com o art. 25 da referida resolução, as OPS ficam obrigadas a manter ativos garantidores, na forma estabelecida em regulamentação específica, para suportar o excedente do limite financeiro estabelecido para a Dependência Operacional, conforme definido no parágrafo único do artigo 24.

§1º O cálculo do montante financeiro a ser garantido será o menor entre os dois valores a seguir, auferidos mensalmente:

I - $EL + OPSP$;

II -
$$\frac{[(EL + OPSP) \times 90]}{EI} - \frac{[(CPR + OPSA) \times 90] - LF}{CL} \times \frac{EL + OPSP}{90}$$

Onde,

EL = Eventos a Liquidar;

OPSP = Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Conta do Passivo);

EI = Eventos Indenizáveis dos últimos três meses, incluso o mês de cálculo;

CPR = Contraprestações Pecuniárias a Receber;

OPSA = Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Conta do Ativo);

CL = Contraprestações Líquidas dos últimos três meses, incluso o mês de cálculo; e

LF = Limite Financeiro: trinta dias. (BRASIL, 2007, P.5).

2.4.3.4. As Garantias Financeiras

Considerando a insolvência um fator de risco acentuado para a atividade de saúde suplementar visto os efeitos desastrosos ocasionados pela falência de inúmeras operadoras ocorridas anteriormente a Regulação do setor, não bastava apenas a criação de provisões técnicas ou a imposição de níveis mínimos de solvência, para garantia das operações futuras, uma vez que as provisões de risco para concederem esta segurança, não poderia ser apenas um número registrado na contabilidade da operadora, havendo a necessidade de um lastro financeiro que oferecesse o respaldo da liquidez a essas provisões.

Por conseguinte, a ANS estabeleceu normas para a vinculação de ativos garantidores das provisões técnicas, através da publicação da Resolução Normativa da Diretoria Colegiada - RN nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, posteriormente revogada

pela Resolução Normativa RN Nº 159 de 03 de julho de 2007 que dispõe sobre a aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão, que visam lastrear as provisões técnicas e o excedente da dependência operacional, no âmbito do sistema de saúde suplementar.

Os ativos garantidores são definidos pela RN Nº 159/2007 como os bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, que lastreiam as provisões técnicas e o excedente da dependência operacional. Esses ativos serão registrados na ANS e aplicados de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta resolução, de modo que lhes sejam conferidos segurança, rentabilidade e liquidez.

A RN 159/2007 estabelece ainda que ativos sem comprovação de sua origem ou que não estejam livres e desembaraçados de ônus ou gravames judiciais ou extrajudiciais de qualquer natureza não serão registrados como garantidores, não podendo ser alienados, prometidos à alienação ou de qualquer forma gravados, sem prévia e expressa autorização da ANS.

O registro dos ativos é definido pela RN Nº 159 como a anotação em um rol controlado pela ANS de ativos garantidores informados pela operadora, na forma definida em regulamentação específica pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

A custódia, segundo o RN Nº 159 é a centralização da manutenção escritural, guarda e titularidade de títulos e valores mobiliários em conta de custódia junto à Companhia Brasileira de Liquidação e Custódia - CBLC, à Central de Custódia e de Liquidação Financeira de Títulos - CETIP e ao Sistema Especial de Liquidação e Custódia - SELIC, de acordo com a espécie de ativo;

De acordo com a referida Resolução, os imóveis devem ser registrados exclusivamente para a garantia da provisão de risco, sendo de propriedade plena da operadora, estar registrado em conta do ativo imobilizado ou do mantenedor da entidade de autogestão e estar livre de qualquer ônus, gravame ou dívida pendente com o Município, nem ser resolúvel a propriedade.

A vinculação do imóvel como ativo garantidor da provisão do risco junto à ANS, se dará através pedido de vinculação, acompanhado da certidão de ônus reais do imóvel, através da qual a OPS deverá comprovar à ANS a total disponibilidade do bem, e sendo diferida a vinculação, a OPS procederá a respectiva averbação junto

Cartório de registro de imóveis, enviando posteriormente a nova certidão de ônus reais contendo o gravame da vinculação do bem. Desta forma, o imóvel vinculado, ficará hipotecado em favor da ANS até que a OPS solicite a sua desvinculação oferecendo outros ativos que comprove suportar a totalidade da garantia.

A utilização de imóveis como ativos garantidores deverá obedecer de forma não cumulativa, até noventa por cento em imóveis de rede hospitalar própria ou até trinta por cento em imóveis que não representem rede hospitalar própria e no caso de operadora exclusivamente odontológica, a aplicação em imóveis poderá ser feita em clínicas odontológicas, obedecendo a mesma proporcionalidade.

De acordo com o art. 15 da Resolução Normativa 159/2007, a OPS também poderá vincular títulos e valores mobiliários para garantia de suas provisões técnicas devendo manter em contas junto à CBLC, à CETIP ou ao SELIC, exclusivamente para a vinculação à ANS, os respectivos títulos e valores mobiliários registrados como ativos garantidores das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional, observando o disposto nesta resolução.

A OPS deverá ainda observar as limitações relativas aos requisitos de diversificação e as demais condições estabelecidas nesta resolução, os recursos garantidores das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional devem ser alocados em quaisquer dos seguintes segmentos de aplicação:

- imóveis;
- de renda fixa; e
- de renda variável

De acordo com o porte da operadora, pequeno porte (até vinte mil beneficiários), médio porte (de vinte a cem mil beneficiários) e grande porte (acima de cem mil beneficiários), deverá ser observado as limitações de percentuais impostos na Resolução Normativa Nº159, para fins de diversificação e vinculação especificamente dos títulos de renda fixas e títulos de renda variável.

A exemplo dessas limitações, elencamos as condições de limite de aplicações estabelecidas para as operadoras de grande porte

1.No Segmento de Renda Fixa

Os recursos da operadora de grande porte devem ser aplicados no segmento de renda fixa, isolada ou cumulativamente, obedecendo-se os seguintes limites:

I - até cem por cento em:

a) títulos de emissão do Tesouro Nacional;

- b) títulos de emissão do Banco Central do Brasil - BACEN;
- c) créditos securitizados pelo Tesouro Nacional;
- d) títulos de emissão de Estados e Municípios objeto de contratos firmados ao amparo da Lei nº 9.496, de 11 de setembro de 1997, ou da Medida Provisória nº 2.185-35, de 24 de agosto de 2001;
- e) quotas de fundos de investimento financeiro, constituídos sob a forma de condomínio aberto, cuja carteira esteja representada exclusivamente pelos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso; e

f) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso;

II - até oitenta por cento em:

- a) certificados e recibos de depósito bancário;
 - b) letras de câmbio de aceite de instituições financeiras;
 - c) letras hipotecárias;
 - d) letras e cédulas de crédito imobiliário;
 - e) cédulas de crédito bancário;
 - f) certificados de cédulas de crédito bancário;
 - g) debêntures de distribuição pública;
 - h) cédulas de debêntures;
 - i) notas promissórias emitidas por companhias abertas, destinadas a oferta pública;
 - j) certificados de recebíveis imobiliários;
 - k) contratos mercantis de compra e venda de produtos, mercadorias ou serviços para entrega ou prestação futura, bem como em títulos ou certificados representativos desses contratos;
 - l) quotas de fundos de investimento financeiro, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
 - m) quotas de fundos de aplicação em quotas de fundos de investimento, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
 - n) depósitos de poupança;
 - o) quotas de fundos de intermediação de direitos creditórios vinculados a operações de planos privados de assistência à saúde; e
 - p) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos nas alíneas "a" a "n" deste inciso;
- III - até dez por cento em:

- a) quotas de fundos de investimento no exterior;
- b) quotas de fundos de investimento em direitos creditórios;
- c) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em direitos creditórios; e
- d) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos no presente inciso.

2. No Segmento de Renda Variável

Os recursos da operadora de grande porte aplicados no segmento de renda variável devem ser limitados a quarenta e nove por cento no conjunto dos investimentos, isolada ou cumulativamente, obedecendo aos seguintes limites:

I - até quarenta e nove por cento em:

- a) ações de emissão de companhias que, em função de adesão aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 25 de setembro de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas na

Comissão de Valores Mobiliários - CVM, sejam admitidas à negociação em segmento especial por essas mantido, nos moldes do Novo Mercado da BOVESPA;

b) bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias que atendam às condições da alínea "a" deste inciso;

c) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por valores mobiliários referidos nas alíneas "a" e "b" deste inciso; e

d) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "c" deste inciso;

II - até quarenta por cento em:

a) ações de emissão de companhias que, em função de adesão aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas na CVM, sejam classificadas no Nível 2 da BOVESPA;

b) bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias que atendam às condições da alínea "a" deste inciso;

c) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por valores mobiliários referidos nas alíneas "a" e "b" deste inciso; e

d) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "c" deste inciso;

III - até trinta e cinco por cento em:

a) ações de emissão de companhias que, em função de adesão aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas na CVM, sejam classificadas no Nível 1 da BOVESPA;

b) bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias que atendam às condições da alínea "a" deste inciso;

c) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por valores mobiliários referidos nas alíneas "a" e "b" deste inciso; e

d) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "c" deste inciso;

IV - até trinta por cento nos ativos abaixo relacionados que não satisfaçam as condições previstas nos incisos I a III deste artigo:

a) ações, bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias abertas negociadas em bolsa de valores;

b) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras

estejam representadas por valores mobiliários referidos na alínea "a" deste inciso; e

c) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "b" deste inciso;

V - até quinze por cento em:

a) quotas de fundos de investimento classificados como fundos multimercado, constituídos sob a forma de condomínio aberto; e

b) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento classificados como fundos multimercado, constituídos sob a forma de condomínio aberto;

VI - até cinco por cento em ações, em bônus de subscrição de ações, em recibos de subscrição de ações e em certificados de depósitos de ações de companhia aberta adquiridos em mercado de balcão organizado por entidade credenciada na CVM;

VII - até três por cento nos seguintes ativos, observadas as condições definidas no §2º deste artigo:

a) ações e debêntures de emissão de sociedades de propósito específico constituídas com a finalidade de viabilizar financiamento de projetos;

b) quotas de fundos de investimento em empresas emergentes;

c) quotas de fundos de investimento em participações, nos termos da regulamentação baixada pela CVM;

d) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio fechado; e

e) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio fechado;

VIII - até três por cento em:

a) certificados de depósito de valores mobiliários com lastro em ações de emissão de companhia aberta, ou de companhia que tenha características semelhantes às companhias abertas brasileiras, com sede no exterior, classificadas nos níveis II e III definidos em regulamentação da CVM, cuja distribuição tenha sido registrada naquela autarquia;

b) ações de emissão de companhias sediadas em países signatários do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL ou em certificados de depósito dessas ações admitidos à negociação em bolsa de valores no País; e

c) debêntures com participação nos lucros cuja distribuição tenha sido registrada na CVM.

§1º É vedada a aplicação de recursos, no caso das inversões de que trata o inciso VI deste artigo, em ações que não pertençam a índice de mercado de balcão organizado, ou que não tenham pertencido ao mesmo índice no mês anterior, bem como nos respectivos bônus de subscrição, recibos de subscrição e certificados de depósitos de ações.

§2º As aplicações referidas no inciso VII deste artigo ficam condicionadas à observância de que as sociedades de propósito específico, as empresas emissoras dos ativos integrantes das carteiras dessas sociedades, os fundos de investimento em empresas emergentes e os fundos de investimento em participações:

I - prevejam em seus regulamentos, no que couber, o atendimento aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº

3.121, de 2003, para as companhias admitidas à negociação em segmento especial nos moldes do Novo Mercado ou classificadas no Nível 2 da BOVESPA; e

II - formalizem perante a CVM compromisso de, no caso de abertura de seu capital, aderirem aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas naquela autarquia para negociação em segmento especial, nos moldes do Novo Mercado ou classificação no Nível 2 da BOVESPA.(BRASIL, 2007, p.4)

Para fins de cumprimentos das disposições impostas por esta Resolução Normativa as operadoras deverão providenciar a vinculação dos seus ativos garantidores à ANS até o dia 1º de janeiro de 2008.

2.5. O RISCO DE AUDITORIA NAS OPS's

2.5.1. Conceito de Auditoria

Nesta etapa do trabalho, trataremos da atividade de auditoria independente nas operadoras de planos de saúde, tratando do início de sua obrigatoriedade para as empresas do setor, direcionando para os riscos da auditoria nas operadoras de saúde suplementar, tendo como foco os efeitos do cumprimento das obrigações normativas impostas pela ANS.

A auditoria é definida como a técnica contábil – que através de procedimentos específicos que lhe são peculiares, aplicados no exame de registros e documentos, inspeções na obtenção de informações e confirmações, relacionados com o controle do patrimônio de uma entidade – objetiva obter elementos de convicção que permitam julgar se os registros contábeis deles decorrentes refletem adequadamente a situação econômico-financeira do patrimônio, os resultados do período administrativo examinado e as demais situações nelas demonstradas. (FRANCO & MARRA, 2001, p.28)

2.5.2. Aspectos Históricos da Auditoria Independente no Brasil

O histórico da auditoria independente no Brasil revela uma atividade diretamente voltada ao cumprimento de obrigações legais, impostas pelos Órgãos Reguladores de Áreas específicas, tais como a CVM – Cia de Valores Mobiliários em

relação às Companhias de capital aberto, o Banco Central do Brasil em relação às instituições financeiras integrantes do Sistema Financeiro Nacional por ele reguladas, o Conselho Nacional de Assistência Social em relação às entidades filantrópicas e de assistência sociais certificadas e outras Autarquias criadas com objetivo de regulação de áreas específicas do mercado.

Não foi de forma distinta que a auditoria independente foi introduzida no mercado de saúde suplementar. Com o advento da Lei 9.656/98, que dispõem sobre a regulamentação dos planos privados de assistência a saúde, e posteriormente em com a criação da ANS através da Lei 9.961/2000, foi imposta às OPS a obrigatoriedade de submeterem suas contas ao exame de auditores independentes, com a publicação anual do parecer e respectivas demonstrações financeiras.

A partir de então, surgia no mercado um novo segmento a ser explorado pelas empresas de auditoria independente, as Operadoras de Planos de Saúde, estando tais empresas sobre a regulação normatização controle e fiscalização de uma Autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada para este fim – A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

De acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade editadas pelo CFC – Conselho Federal de Contabilidade, a auditoria das demonstrações contábeis constitui o conjunto de procedimentos técnicos que tem por objetivo a emissão de parecer sobre a sua adequação, na conformidade dos Princípios Fundamentais de Contabilidade e as Normas Brasileiras de Contabilidade e, no que for pertinente, a legislação específica.

Para o cumprimento desses objetivos, o auditor independente, para fins do seu planejamento deverá possuir o nível de conhecimento adequadamente suficiente sobre as atividades, os fatores econômicos, legislação aplicável e as práticas operacionais da entidade, e o nível geral de competência de sua administração, para que possa desenvolver seu trabalho dentro de razoabilidade.

No tocante ao mercado de saúde suplementar que é representado por empresas dos mais variados segmentos jurídicos, tais como Cooperativa Médicas, Cooperativas Odontológicas, Administradora, Medicinas de Grupo, Autogestões e Filantropias, há que se observar por parte do auditor independente, além da legislação societária, tributária e demais aspectos pertinentes a cada espécie

jurídica citada, a legislação específica pertinente à atividade de saúde suplementar editada pela ANS.

2.5.3. Risco de Auditoria

De acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade editadas pelo CFC – Conselho Federal de Contabilidade o risco de auditoria é a possibilidade de o auditor vir a emitir uma opinião tecnicamente inadequada sobre demonstrações contábeis significativamente incorretas.

Considerando o grau de importância da opinião do auditor emitida em seu parecer, sobre as demonstrações contábeis auditadas, bem como a influência que sua opinião exercer na tomada de decisões dos usuários destas informações, uma opinião equivocada do auditor, poderá acarretar efeitos irreversíveis para empresa auditada, seus investidores, sócios e/ou acionistas, e conseqüentemente para a própria firma de auditoria que terá sua credibilidade afetada no mercado.

Por conseguinte, um dos fatores mais preocupantes e fundamentais no trabalho do auditor é análise do risco da empresa auditada, situação esta, que já deverá ser identificada na fase inicial do trabalho, resultante da avaliação de atividade empresarial e dos controles internos da empresa auditada, onde o resultado desta avaliação implicará no grau de confiabilidade das informações, bem como na definição da extensão do nível do exame a ser efetuado.

Segundo as Normas Brasileira de Contabilidade NBC T 11, que regulam a atividade de auditoria independente, o auditor deverá proceder a análise dos riscos considerando os seguintes aspectos:

- a) em nível geral, considerando as demonstrações contábeis tomadas no seu conjunto, bem como as atividades, qualidade da administração, avaliação do sistema contábil e de controles internos e situação econômica e financeira da entidade; e
- b) em níveis específicos, relativos ao saldo das contas ou natureza e volume das transações. (CONSELHO, 2003, p.135)

Ainda de acordo com a Norma NBC T 11, para fins de determinar o risco da auditoria, o auditor deve avaliar o ambiente de controle da entidade, compreendendo:

- a) a função e envolvimento dos administradores nas atividades da entidade;
- b) a estrutura organizacional e os métodos de administração adotados, especialmente quanto a limites de autoridade e responsabilidade;
- c) as políticas de pessoal e segregação de funções;
- d) a fixação, pela administração, de normas para inventário, para conciliação de contas, preparação de demonstrações contábeis e demais informes adicionais;
- e) as implantações, modificações e acesso aos sistemas de informação computadorizada, bem como acesso a arquivos de dados e possibilidade de inclusão ou exclusão de dados;
- f) o sistema de aprovação e registro de transações;
- g) as limitações de acesso físico a ativos e registros contábeis e/ou administrativos; e
- h) as comparações e análises dos resultados financeiros com dados históricos e/ou projetados. (CONSELHO, 2003, p. 135)

2.5.4. O Risco de Auditoria nas OPS's

Ao reportamos os procedimentos de levantamento inicial de informações para avaliação do risco da empresa auditada, para uma Operadora de Plano de Saúde, nos deparamos com uma situação bem mais complexa, visto que além dos aspectos normativos supracitados, a serem observados pelo auditor, deverão ser considerados o risco específico do negócio de planos de de saúde, bem como os possíveis riscos ocasionados pelo descumprimentos das normas impostas pelo órgão regulador do mercado de saúde suplementar – ANS.

As demonstrações contábeis das OPS representam o resultado de suas operações ocorridas no decorrer do exercício, bem como apresentam o reflexo da sua exposição ao risco pela própria natureza do negócio.

O auditor independente que emite o parecer sobre as demonstrações contábeis das OPS deverá conhecer além das normas técnicas de sua profissão, das normas de princípios de contabilidade, das práticas contábeis e legislação tributária adotadas no ramo específico desta atividade, conforme seja a forma de constituição jurídica da OPS, cooperativa, autogestão, filantropia, administradora, medicina de grupo ou odontologia de grupo, o risco do negócio, deverá conhecer

primordialmente o risco do negócio da atividade de saúde suplementar e a legislação específica a cerca da regulamentação deste setor.

Um dos fatores mais relevantes para que o auditor independente tenha o conhecimento profundo da legislação e regulamentação da atividade de saúde suplementar, estaria diretamente relacionado ao poder de fiscalização e de liquidação que a ANS possui sobre as OPS, uma vez que a Agência dita as regras impõe o seu cumprimento e fiscaliza a efetiva execução, sendo a única com capacidade e poder para liquidar e pedir a falência das Operadoras.

Desta forma a verificação do cumprimento das exigências legais impostas pela ANS para as OPS, por parte do auditor independente, está diretamente relacionada ao processo análise de continuidade, tendo em visto as conseqüências que o seu descumprimento pode ocasionar a operadora

2.5.5. Riscos da Não Observância dos Normativos Impostos pela ANS

É sabido que atividade concebida à ANS por força de Lei, lhe conferindo as atribuições de regulamentar, regular, fiscalizar e dissolver as OPS, revestindo a Agência de plenos poderes para execução de tais processos. Por conseguinte o auditor independente através do exame das obrigações impostas às OPS obterá subsídios para a sua análise e emissão de uma opinião mais tranqüila e respaldada, não só apenas sobre as demonstrações, mas também que não foi identificado uma situação de risco de descontinuidade da OPS.

Diante deste contexto, o auditor independente deverá observar o cumprimento dos seguintes procedimentos:

- A OPS utiliza o plano de contas padrão instituído pela ANS ?
- A OPS está apresentando suas demonstrações financeiras conforme a estrutura estabelecida pela ANS?
- A OPS tem enviado trimestralmente as informações contábeis através do DIOPS; estas informações estão em conformidade com os números registrados em sua contabilidade?
- A OPS tem enviado trimestralmente as informações de utilização de seus produtos através do SIP – Sistema de Informações de Produtos? Essas informações são compatíveis com sua folha de eventos

indenizáveis? As despesas assistenciais (Eventos indenizáveis) informados no SIP estão coerentes com as informadas no DIOPS;

- A OPS constituiu adequadamente em sua contabilidade a provisão de risco? A provisão foi calculada conforme a regulamentação específica? A provisão de risco já se encontra devidamente lastreada por ativos garantidores?
- A OPS possui contratos com cláusulas remissivas? Foi constituída em sua contabilidade a provisão para remissão? Existe NTAP – Nota Técnica Atuarial de Provisão devidamente aprovada pela ANS? A contabilização foi efetuada adequadamente nos passivos de curto e de longo prazo conforme situação específica?
- A OPS está constituindo a Provisão para Eventos Ocorridos e não avisado – PEONA? O cálculo da provisão está de acordo com a Resolução Normativa específica (RN 159/2007)? A OPS possui ativos suficientes ou está constituindo reservas para lastrear esta provisão?
- O patrimônio líquido da OPS encontra-se dentro dos patamares de valores estabelecidos na Resolução Normativa 160/2007, no que se refere ao patrimônio mínimo ajustado;
- A margem de solvência da OPS é suficiente e atende aos limites estabelecidos na Resolução Normativa 160/2007?
- A dependência Operacional da operadora é superior a 30 dias? O cálculo do excedente da dependência operacional foi efetuado adequadamente conforme previsto na Resolução 160/2007? Os valores dos eventos indenizáveis e das contraprestações pecuniárias utilizado no cálculo estão de acordo com os números registrados na contabilidade? A OPS mantém ativos financeiros para a sua garantia?
- Qual a situação da OPS junto à ANS quanto ao atendimento das exigências normativas? Regular? Possui Termo Compromisso de Ajuste de Conduta? Apresentou plano de recuperação? Encontra-se em Regime de Direção Fiscal ou Técnica?
- A Operadora possui alta incidência de pagamentos ou de cobrança de multas pela ANS, relativas a infrações de condições contratuais com seus beneficiários?

Os questionamentos são direcionadores que orientam na verificação por parte do auditor independente do cumprimento das obrigações normativas para com a ANS, situação esta já de conhecimento da agência, visto o seu poder de fiscalização sobre as operadoras. Neste aspecto, podemos identificar dois tipos de fiscalização exercidos pela ANS: a fiscalização direta e a fiscalização indireta.

A fiscalização direta é exercida pela apuração de denúncias e representações (Programa Cidadania Ativa) e por diligências nas operadoras - preventivas e programadas (Programa Olho Vivo). Sendo a ANS uma das únicas instituições a publicar as multas em 1ª instância no Diário Oficial da União, para maior transparência e orientação dos consumidores, a fiscalização direta tem grande visibilidade e seu resultado é, por vezes, utilizado para avaliar a efetividade da regulamentação

A fiscalização indireta é exercida através do acompanhamento e do monitoramento das operadoras, com base nos dados fornecidos aos sistemas de informações periódicas - assistenciais, econômico-financeiras e cadastrais - e no cruzamento sistemático das informações disponíveis, inclusive a incidência de reclamações e as multas aplicadas. Os instrumentos de ação da fiscalização indireta e dos atos dela decorrentes estão na esfera da regulamentação do setor e, em geral, produzem impacto protetor sobre todos os usuários da operadora. (MONTONE, 2003, p.32)

2.5.6. Risco de Descontinuidade por Situação Irregular da OPS

Caso algum dos questionamentos sugeridos anteriormente venha com resposta negativa há necessidade de um maior cuidado na realização do trabalho, pois a não observância dos normativos gera uma alta de risco relevante.

Conforme sejam os resultados do monitoramento das operadoras, quer seja pela fiscalização direta ou indireta, surgiram os efeitos decorrentes desta ação exercida pela ANS resultando nos seguintes instrumentos indicadores:

2.5.6.1. Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta

Termo firmando entre a OPS e ANS, onde a OPS com alta incidência de denúncias e multas relativas a infrações de condições contratuais deve firmar o Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), comprometendo-se a corrigir falhas contratuais, inclusive de falta de clareza das cláusulas.

2.5.6.2. Plano de Recuperação

O plano de recuperação poderá ser exigido das OPS que necessitem de ajuste nas suas operações para reequilibrar sua situação econômico-financeira. Os planos são submetidos à análise, aprovação e acompanhamento da ANS. Entre outras medidas de saneamento administrativo e financeiro, pode haver necessidade de um aporte de capital por parte dos controladores da operadora.

2.5.6.3. Regimes Especiais de Direção Fiscal e Direção Técnica

Os Regimes Especiais de Direção Fiscal ou Direção Técnica são instaurados pela ANS para as operadoras com irregularidades graves, sendo editada Resolução Operacional para notificação da referida e conhecimento do público interessado. Essas resoluções são disponibilizadas para consulta no site na ANS.

A Direção Fiscal ou Técnica da operadora pode ser determinada quando a ANS constata irregularidades graves, como a não-aprovação ou descumprimento de plano de recuperação. A partir da sua instalação, a administração da operadora passa a ser acompanhada e controlada por representante designado pela agência. Na Direção Fiscal, também os bens dos controladores ficam indisponíveis. Esta forma de interferência pode levar, ainda, ao cancelamento de registro da operadora (nos casos em que não há usuários ou débitos com prestadores). A intervenção é encerrada quando a operadora demonstra condições de recuperação. (MONTONE, 2003, p.34)

2.5.6.4. Liquidação Extrajudicial

Nos casos em que a incapacidade de recuperação da operadora fica evidenciada, é decretada sua liquidação extrajudicial, que pode ser transformada em falência por solicitação da ANS. (MONTONE, 2003, p.34)

Regimes Especiais até 31/08/2003

Regime	Operadoras
Direção Fiscal	101
Direção Técnica	5
Liquidação Extrajudicial	19
Falências Decretadas	5
Regimes Encerrados	60

Fonte: DIOPE/ANS 2003

Os instrumentos indicadores de fiscalização efetuados pela ANS acima especificados representam fortes sinalizadores sobre a sua continuidade, onde o auditor independente diante desses indícios deverá aplicar os procedimentos adicionais que julgar necessários para a formação de juízo embasado e definitivo sobre a matéria.

De acordo com a NBC T 11.10 editada CFC, na hipótese de o auditor concluir que há evidências de riscos na continuidade normal das atividades da entidade, deve avaliar os possíveis efeitos nas demonstrações contábeis, especialmente quanto à realização dos ativos.

Quando constatar que há evidências de riscos na continuidade normal das atividades da entidade, o auditor independente deverá, em seu parecer, mencionar, em parágrafo de ênfase, os efeitos que tal situação poderá determinar na continuidade operacional da entidade, de modo que os usuários tenham adequada informação sobre a mesma. (CONSELHO, 2005, p.3)

2.5.7. Risco de Opinião Equivocada

Além dos aspectos de descumprimento de obrigatoriedade da OPS, que poderão culminar em situação de risco de continuidade, o risco da auditoria nas operadoras poderá ainda de manifestar nas seguintes situações:

2.5.7.1 Eventos Ocorridos e Não Avisados

No encerramento do exercício, quando do fechamento do balanço patrimonial, conforme seja a dependência operacional da OPS, e a sua disponibilidade financeira, deverá constar registrado em seu passivo entre uma a duas competência de eventos indenizáveis a liquidar. No entanto, mesmo que a saúde financeira da operadora seja das melhores e que conste apenas a pagar a folha de produção de eventos indenizáveis mais recente (dezembro), haverá ainda os eventos que já foram e continuam sendo gerados na rede credenciada, mas que ainda não são de conhecimento da OPS, e portanto não constam dos seus registros financeiros e contábeis. Esses custos, denominados eventos ocorridos e não avisados, poderão representar um fator de alto risco para a auditoria, visto a ausência de mecanismos para a sua mensuração. É possível proceder uma estimativa de valor, como base no

histórico dos eventos conhecidos nos últimos meses, porém como a atividade de saúde suplementar não presume pagamento de indenizações de valores pré-acordados, e a saúde é um fator de risco, a operadora poderá ser surpreendida com um evento de alto custo não que venha comprometer seriamente suas disponibilidades.

Com o advento da Resolução Normativa 160/2007, que instituiu a obrigatoriedade da constituição da PEONA – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados, para as OPS, esses riscos serão amenizados, pois conforme seja a metodologia adotada, entre as opções de cálculo instituídas pela ANS, a operadora deverá apresentar em seu passivo quando do término da constituição da provisão o valor aproximado dos eventos de um mês a um mês e meio e meio, além da provisão efetiva da obrigação a pagar de eventos efetivamente conhecidos.

Não obstante, conforme a regulação específica, a PEONA passará a ser constituída a partir de janeiro de 2008 sendo permitida sua constituição parcial durante o prazo máximo de 06 (seis) anos, na proporção cumulativa mínima de 1/72 (um setenta e dois avos), a cada mês, do valor calculado da referida provisão.

Isso implica, que a eliminação efetiva desse risco só ocorrerá daqui a 6 anos se a operadora cumprir rigorosamente o prazo para sua constituição. Neste caso, caberá a auditoria independente examinar o cumprimento da sua constituição, estando ciente de tais riscos.

2.5.7.2. Contingências Jurídicas por Ações Cíveis:

Conforme já comentado, os efeitos da Lei 9.656/98 não retroagiram aos planos contratados anteriormente à regulação, prevalecendo as situações contratuais previstas nos respectivos tipos de produtos. Considerando que nos contratos anteriores a regulamentação constam cláusulas de limitações de procedimentos, e que a migração do usuário para um contrato regulamentado implicaria em aumento do valor do plano, muito usuários permaneceram com o plano não regulamentado pela comodidade de pagar menos, porém passando a exigir judicialmente o cumprimento de procedimentos não cobertos em seus respectivos instrumentos contratuais.

O aumento das reclamações judiciais através de ações cíveis pleiteando a obrigação da operadora em fazer um dado procedimento não coberto, acabou por

gerar jurisprudência a favor dos usuários. Neste caso, o auditor independente deverá obter da assessoria jurídica da OPS a relação de todos os processos tramitando em todas as varas e todas as instâncias, com identificação do grau de risco de êxito da ação, de forma a definir quais processos e valores deverão constituir a provisão de contingência. Caso este procedimento de auditoria não seja efetuado, passivos contingentes serão omitidos das demonstrações contábeis, sem que esse fato seja de conhecimento da auditoria.

2.5.7.3. Comprometimento Excessivo do Capital de Giro

A solvência da OPS foi desde as primeiras tentativas de regulação do setor, a grande preocupação para o governo, ficando a cargo específico da ANS quando da efetiva regulação do mercado de saúde suplementar. Desde a sua criação, a Agência vem publicado resoluções e instrumentos normativos como forma de garantir a solvência das operadoras e a continuidade de sua operações, sendo tais medidas a constituição das provisões técnicas, margens de solvências, patrimônio mínimo ajustado, bem como a obrigatoriedade de lastreamento dessas provisões, com a vinculação de ativos garantidores.

As OPS que se anteciparam e construíram sua própria rede hospitalar de assistência, visando a vinculação de imóveis hospitalares para garantia da provisão de risco, largaram na frente na corrida pela sobrevivência neste mercado, visto que além de poderem melhor administrar e controlar os custos (eventos indenizáveis) não comprometeram recursos financeiros de liquidez imediata. No entanto, a regulamentação específica (RN 159/2007) estabelece que os imóveis serão ativos garantidores apenas da provisão de risco, devendo as demais provisões estarem lastreadas por garantias financeiras. Neste caso o auditor independente deverá analisar se a OPS terá capacidade para constituir tais provisões, se o seu capital de giro ficará comprometido ou se a empresa apresentará risco de descontinuidade em função deste comprometimento.

Observa-se que essas condições impostas pela ANS, implica na criação de filtros para permanência no mercado de saúde suplementar - sobreviverão no mercado aquelas OPS que evoluírem, aquelas operadoras que saíram na frente, as que forem solventes, que não representaram risco para sua carteira de beneficiários bem como para a de prestadores e as que oferecerem um diferencial na prestação

dos serviços, já que a assistência à saúde é imposta pela ANS em condições igualitárias à todas as OPS participantes do mercado.

3.METODOLOGIA

3.1.TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho, quanto aos procedimentos, tem como metodologia a pesquisa bibliográfica por ter sido desenvolvida mediante material já elaborado, segundo Gil (apud BEUREN, 2004, p.87).

Neste estudo, foi efetuada revisão dos normativos relacionados a regulamentação do setor de saúde suplementar, desde a sua instituição através da Lei 9656/98 até as instruções normativas mais recentes publicada pela ANS no exercício de 2007, bem como trabalhos acadêmicos anteriormente publicados sobre saúde suplementar no Brasil.

Quanto aos objetivos da pesquisa, este trabalho tem característica exploratória, por haver pouca exploração e conhecimento sobre o assunto em estudo, objetivando fornecer uma visão geral sobre o mesmo.

3.2. LIMITAÇÕES DO MÉTODO

As limitações da presente pesquisa são decorrentes das limitações de material científico publicado sobre o assunto em estudo, por ser tratar de matéria atual, de pouca divulgação e exploração sendo restrito a uma área específica do mercado.

Em virtude da existência de poucas fontes, esta pesquisa norteou-se nos normativos publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e na análise das consequência que tais instrumentos normativos acarretaram para esta atividade.

4. CONCLUSÃO

De acordo com o estudo apresentado, a explosão de crescimento do mercado de saúde suplementar no Brasil, decorrente da deficiência de atendimento prestada pelo setor público ocasionou uma expansão desregrada gerando um contingente de consumidores insatisfeitos com as limitações contratuais impostas e prejudicados pela falência constante de operadoras com dificuldades financeiras, sendo necessária a intervenção do estado através da criação da ANS e da Lei 9656/98, que instituiu posteriormente normas e procedimentos para entrada, saídas e permanência das operadoras do setor.

A regulamentação dos planos de saúde exigiu que as operadoras se adaptassem a normas mais rígidas, agregando novos fatores de riscos adicionados aos anteriormente existentes, além dos custos com a implantação de controles exigidos pela regulação, tais como a obrigatoriedade de realização de auditoria independente.

Dentro dos objetivos propostos, a pesquisa aponta para os seguintes aspectos como os principais fatores de risco da atividade de saúde suplementar: a seleção adversa por parte dos consumidores, o impedimento de seleção adversa imposto pela regulação do setor; a ausência de limite financeiro para cobertura assistencial; a sobre-utilização do plano de saúde pelos consumidores; e as contingências jurídicas por parte dos usuários de planos anteriores à regulamentação.

Concluiu-se nesse estudo, que os fatores de riscos da atividade de plano de saúde acima identificados, exercem influência direta na saúde financeira das OPS, sendo causadores do risco mais preocupante desta atividade: o risco da insolvência.

O estudo demonstra que os instrumentos normativos criados pela ANS, tais como a padronização das demonstrações contábeis através da utilização do plano de contas padrão, a publicação das demonstrações, o envio do parecer dos auditores independente bem como o envio trimestral das informações contábeis das operadoras através do DIOPS, constituem-se mecanismos para monitorar a saúde financeira das OPS's objetivando a análise da capacidade de solvência. Por conseguinte, para garantia da solvência, foi instituído pela ANS a obrigatoriedade de constituição de provisões técnicas, patrimônio mínimo ajustado e margem de

solvência, devidamente lastreados por ativos garantidores, de forma a conceder solidez à situação financeira das OPS.

Em conformidade com exposto, este estudo concluiu que as auditorias independentes se expõem a maiores riscos quando o objeto do trabalho é uma OPS, em virtude das consequências geradas para a OPS pela não observância do cumprimento dos normativos impostos pela ANS, podendo desencadear situação de irregularidade vão desde o Termo de Ajuste de Conduta até a sua liquidação extrajudicial e falência requerida pela ANS, nesse aspecto o risco se configura pela descontinuidade da entidade jurídica.

No aspecto contábil, o risco de auditoria também se revela pela ausência de registro no passivo dos eventos ocorridos e não avisado, que em virtude do fator incerteza da atividade de assistência à saúde, representa preocupação pela impossibilidade de mensuração dos valores que estão sendo gerados na rede credenciada, havendo suscetibilidade de cobrança de eventos de alto custo, implicando no comprometimento de excessivo de finanças da operadora.

Avalia-se pelo estudo feito, que apesar da instituição da PEONA – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados, a partir do exercício de 2008, para proteção deste risco, seus efeitos só se produzirão quando as OPS's constituírem integralmente esta provisão, que ocorrerá nos final dos próximos 06 anos, dentro do estabelecido na Resolução Normativa 160/07.

Conclui-se, portanto que as auditorias independentes se expõem a fatores de risco maiores quando auditam OPS, e que esses riscos encontram-se diretamente relacionados com a capacidade de solvência e a continuidade da operadora.

Outrossim, vislumbra-se que as medidas impostas pela ANS, que pretendem garantir a solvência das operadoras, através da vinculação dos ativos garantidores à suas provisões, poderá ocasionar efeito contrário no mercado de saúde suplementar, visto a indisponibilização de bens imóveis ou de ativos financeiro , gerando um comprometimento excessivo das finanças da OPS.

Por conseguinte, caberá às auditorias independentes atentarem em seu planejamento de trabalho a inclusão de procedimento de verificação do cumprimento dos aspectos normativos da regulamentação deste setor, a verificando a capacidade de solvência das OPS, situação que requer um maior critério por parte do auditor para que o mesmo não venha emitir uma opinião inadequada sobre as demonstrações contábeis, ou não venha mencionar o risco da descontinuidade da

operadora auditada face a não observância dos indícios que possivelmente levaram a ANS a intervir na permanência da operadora no mercado de saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcelo Cavalcanti. **Auditoria: um curso moderno e completo**/Marcelo Cavalcanti Almeida, 6. ed. São Paulo:Atlas , 2007.

BAHIA, Ligia. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BEUREN, Ilse Maria. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática/ Ilse Maria Beuren organizadora e colaboradora et. al. . 2 ed. – São Paulo:Atlas 2004.**

BRASIL, Conselho de Saúde Suplementar. Resolução Nº. 02 de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre Definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes previstas no artigo 11 da Lei 9656/98.

BRASIL, Conselho de Saúde Suplementar. Resolução nº. 03 de 03 de novembro de 1998. Dispões sobre a fiscalização da atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL, Conselho de Saúde Suplementar. Resolução Nº. 04 de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data da vigência da legislação específica.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº. 159 de 03 de julho de 2007. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa 160 de 03 de julho de 2007. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 67 de 04 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para aceitação como garantidores e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº.17 de 11 de novembro de 2002 Dispõe sobre novas normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras. Revoga a

RDC 3. Alterada pela RN 37, que institui a Nota Técnica de Registro de Produto. Brasília, DF.2002.

BRASIL. Lei Nº 9.961 de 28 de Janeiro De 2000.Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e dá outras providencias.Brasília, DF. 2000.

BRASIL. Lei Nº 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF.1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução da Diretoria Colegiada nº.39 de 27 de outubro de 2000.Dispõe sobre a definição, segmentação e classificação das operadoras de planos de saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº.03 de 20 de janeiro de 2000. Aprova normas de fornecimento de informações de cadastro de beneficiários.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº.05 de 18 de fevereiro de 2000. Aprova normas para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de planos de saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº.05 de 18 de fevereiro de 2000. Aprova normas para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de planos de saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 06 de 18 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a taxa de saúde suplementar e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 07 de 18 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre o plano de referência de que trata o art. 10 da lei 9.656/98

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 22 de 30 de maio de 2000. Cria Instrumentos para acompanhamento financeiro das operadoras.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 24 de 13 de junho de 2000. Dispõe sobre aplicação de penalidades à operadoras de planos privados de assistência à saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 38 de 27 de outubro de 2000. Institui o plano de contas padrão aplicável às operadoras de planos privados de assistência à saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 66 de 16 de maio de 2001. Estabelece normas para

reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 77 de 17 de julho de 2001. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras de planos de saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 83 de 16 de agosto de 2001. Dispõe sobre a transferência de controle societário das operadoras de planos de saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 85 de 21 de setembro de 2001. Institui o Sistema de Informações de Produto, para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar Resolução da Diretoria Colegiada nº. 47 de 03 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a liquidação extrajudicial das operadoras de planos de assistência à saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar /Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 234 p.

CAMPOS Carla. **Um Estudo das Relações Entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Prestadores de serviços**: dissertação de mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Princípios fundamentais normas brasileira de contabilidade de auditoria e perícia**/Conselho Federal de Contabilidade. Brasília: CFC, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Resolução CFC nº 1.037/2005**/Conselho Federal de Contabilidade. Brasília: CFC 2005

CRUZ, Helio Jayme Martins Fróes. **Autorização de Funcionamento: importância para o mercado de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

FRANCO, Hilário. **Auditoria Contábil**/Hilário Franco, Ernesto Marra. 4. ed. São Paulo:Atlas, 2001.

HENDRIKSEN, Eldon S. **Teoria da Contabilidade** / Eldon S. Hendriksen, Michael F. Van Breda. São Paulo: Atlas, 1999

LUGARINHO, Lílíana Maria Píanel. **Bioética na incorporação de procedimentos, um olhar exploratório na Saúde Suplementar**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2004.

MATARAZZO, Dante Carmine. **Análise Financeira de balanços: abordagem básica** / Dante C. Matarazo. São Paulo: Atlas, 1985.

MONTONE, Januario. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar** / Januario Montone, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, 2003.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004

SILVA, Affonso. **Solvência das Seguradoras**. Disponível em http://www.estacio.br/graduacao/cienciasatuariais/artigos/a_silva4.asp. Acesso em 28 fev.2008.

VEDRAMINI, Luiz Fernando. **Metodologia para precificação de planos de assistência á saúde: um enfoque estatístico, atuarial e Financeiro**: dissertação de mestrado: Curitiba: Universidade de Extremadura, FAESP/IPCA, 2001