

Por Douglas Trindade

Resseguro é o seguro dos riscos de uma seguradora, ou seja, é quando uma companhia de seguros decide repassar para um ressegurador uma parte do risco que excede a sua capacidade de retenção

Na saúde suplementar, o resseguro pode ser entendido como o seguro das operadoras de planos de saúde, isto é, um contrato fundado na máxima boa-fé, celebrado entre uma operadora (chamada de cedente) e um ressegurador, o qual se responsabiliza em indenizar a cedente relativamente a uma parte ou a todo o dano que ela tenha que cobrir em decorrência de seus contratos com os beneficiários de planos individuais ou de empresas e entidades, coletivamente.

A principal função do resseguro na área de saúde, e em qualquer outro segmento, é o compartilhamento de riscos, especialmente aqueles que dizem respeito a perdas excessivamente elevadas.

Ao ceder uma parte do risco a que estão expostas aos resseguradores, as seguradoras, na verdade, reduzem o seu risco mas, por outro lado, assumem o risco de crédito da outra parte contratante, ou seja, de que o ressegurador não possa honrar seus compromissos financeiros.

Vários fatores contribuíram para que o mercado de saúde suplementar brasileiro nunca tenha experimentado das vantagens da contratação de resseguros, dentre eles destacam-se: (a) a dificuldade das informações sobre sinistros e reservas técnicas; (b) a desvinculação das bases técnicas de precificação e controle de riscos dos planos de saúde daquelas preconizadas pelo mercado segurador, embora guardassem semelhanças importantes; (c) precariedade e falta de transparência com relação às informações econômico-financeiras; e (d) falta de uma orientação governamental sobre o mercado.

Felizmente, o mercado vive hoje uma realidade bem diferente. Quatorze anos após a entrada em vigor da Lei 9.656/98, já podemos observar uma série de mudanças estruturais no setor que favorecem a criação de produtos de resseguros específicos para os planos de saúde apoiada nos princípios básicos da ressegurabilidade.

Os principais fatores que contribuem para esta possibilidade são:

- a) melhoria da qualidade e transparência das informações econômico-financeiras das operadoras;
- b) uso consolidado da tecnologia da informação e da comunicação no gerenciamento de carteiras;
- c) aperfeiçoamento das exigências sobre garantias financeiras obrigatórias;
- d) padronização da Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) entre prestadores e operadoras, além da contratualização entre esses agentes;
- e) saneamento do mercado, com a liquidação das empresas insolventes e incapazes;
- f) padronização dos produtos;
- g) estímulo à realização de programas de prevenção de doenças e riscos e de promoção da saúde;
- h) segmentação do mercado em estratos super definidos, tais como Medicina de Grupo, Autogestão e Cooperativa;
- i) existência de sinais claros do início de uma estabilização regulatória e de segurança jurídica do mercado; e
- j) obrigatoriedade de auditoria independente.

Espera-se, em função no novo mercado que se apresenta para os resseguradores que a aceitação das primeiras carteiras seja fundada em bases extremamente rigorosas e conservadoras, com o intuito de minimizar o risco e garantir um negócio profluo para ambas as partes. Tal precaução, poderá encarecer demais o prêmio desses produtos inicialmente, mas, dependendo da criatividade das operadoras para viabilizarem tal negócio pode-se construir um modelo de demanda embasada nos fundamentos técnicos de que necessitam os resseguradores para subscreverem riscos desta

natureza.

Com este objetivo, a demanda por resseguros poderia ser gerada da seguinte forma, a fim de aumentar a ressegurabilidade das carteiras e garantir a maior pulverização de riscos possível: (1) Pelas operadoras, individualmente; (2) Por um pool de operadoras de qualquer segmento; (3) Por um pool de operadoras de um mesmo segmento [Autogestão, Medicina de Grupo, Cooperativa, etc.]; (4) Por um pool de operadoras sem fins lucrativos [caixas de assistência, filantropias, etc.]; (5) Por um pool de operadoras com fins lucrativos; e (5) Pela união de todas as operadoras.

Em linha com essa real possibilidade de gestão de riscos, ainda há muito que se aprender sobre o mercado ressegurador aplicado ao setor de saúde suplementar. Os desafios surgem de todos os lados, desde a desorientação da demanda por parte das operadoras, passando pela definição de regras claras e factíveis ao mercado, até a inexperiência brasileira de ressegurar carteiras de saúde. Vamos aguardar os próximos passos do mercado de saúde suplementar neste sentido.

Fonte: [Administradores](#), em 03.09.2014.