

**Marco Pontes**

Atuário e diretor da LGP Consultoria Atuarial e de Benefícios

Dentre os diversos benefícios geradores de passivos atuariais, destaca-se o plano de assistência médica que hoje é oferecido pela grande maioria das empresas aos empregados. Mas, afinal, qual é a origem do compromisso da empresa com o plano de assistência médica? A resposta se encontra nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, na forma como regulamentados pela Resolução Normativa ANS nº 279/2011.

Ambos os dispositivos, no caso de rescisão do contrato sem justa causa, asseguram ao empregado – e a seus dependentes – o direito de manter sua condição de beneficiário do plano, nos mesmos termos de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. Tal garantia, porém, gera uma obrigação da empresa em relação ao plano de assistência médica, que deve ser apurada e controlada para fins de atendimento às regras do IFRS. Nesse contexto, é importante destacar que, independente de o plano ter sido modelado na categoria de pré-pagamento, pós-pagamento ou decorrente de outras combinações, a única condição para que a empresa fique exposta a esse risco financeiro-atuarial é o fato de o empregado, na fase laborativa, ter participado no custo da contraprestação.

Com efeito, o art. 30 da Lei nº 9.656/1998 se aplica aos ex-empregados, demitidos sem justa causa, que tenham contribuído com o plano de saúde, e lhes assegura o direito de permanência no plano pelo período mínimo de 6 meses até um máximo de 24 meses. Já o art. 31 do mesmo diploma legal garante ao ex-empregado aposentado que tenha contribuído pelo prazo mínimo de 10 anos a possibilidade de manutenção do plano de saúde por prazo vitalício. Adicionalmente, caso o indivíduo venha a se aposentar na empresa, tendo contribuído por um prazo inferior a 10 anos, lhe é assegurado a manutenção no plano à razão de 1 ano para cada ano de contribuição.

As garantias legais são estendidas ao grupo familiar dos titulares nas mesmas condições que o plano era oferecido ao titular quando atuava pela empresa. Em outras palavras, não pode haver

perdas de garantias ou *downgrade* do plano. Assim, o único condicionante à manutenção dos ex-empregados – demitidos sem justa causa ou aposentados – na apólice da empresa é a assunção do pagamento integral do plano. Logo, se o empregado assume o custeio integral do plano de assistência médica por ocasião da demissão, por que as empresas brasileiras permanecem expostas ao passivo de longo prazo?

Considerando o desenho atual do mercado de saúde brasileiro, em que são escassas as ofertas de planos individuais, a opção do ex-empregado por permanecer na apólice é uma realidade. Além de não contar com boas opções no mercado, ele tem a chance de continuar se valendo dos benefícios de estar em uma apólice coletiva.

A origem do potencial compromisso da empresa é gerada pelo fato de o ex-empregado continuar utilizando o plano de assistência médica. Mesmo arcando com o pagamento integral, o fato de usar o plano, por si só, afeta a sinistralidade. Como o reajuste dos planos coletivos de assistência médica levam em consideração a sinistralidade, a empresa acaba pagando um subsídio cruzado, gerado pela utilização daqueles que dela já se desligaram mas que continuam gozando do benefício, bem como daqueles que ainda estão no plano e que, eventualmente, conquistarão o direito de, ao serem demitidos sem justa causa ou aposentados, seguir constando da apólice coletiva.

Já que não é possível aplicar o reajuste do plano exclusivamente para a população de ex-empregados, os desequilíbrios de fluxos financeiros – i.e., diferenças entre as receitas e despesas médicas do grupo de ex-empregados – ocorrem e acabam sendo financiados tanto pelos empregados em atividade laboral quanto pela própria empresa.

A égide contábil que nos fornece o direcionamento para a mensuração, o reconhecimento e a divulgação de benefícios aos empregados é o Pronunciamento Contábil CPC-33(R1), referendado pela Deliberação CVM nº 695 e alinhado às práticas internacionais de contabilidade – mais especificamente ao IAS-19(R1).

Logo de início, a norma em questão estabelece que

“[o] objetivo deste Pronunciamento é estabelecer a contabilização e a divulgação dos benefícios concedidos aos empregados. Para tanto, este Pronunciamento requer que a entidade reconheça:

(a) um passivo quando o empregado prestou o serviço em troca de benefícios a serem pagos no futuro; e

(b) uma despesa quando a entidade se utiliza do benefício econômico proveniente do serviço recebido do empregado em troca de benefícios a esse empregado.”

Isso significa que o risco de subsídio cruzado é categorizado perante o CPC-33(R1) como um benefício pós-emprego de benefício definido, uma vez que os fluxos futuros de despesas não serão fixos e dependerão do desenvolvimento futuro e de eventos probabilísticos financeiros e demográficos.

A contabilização de planos de benefício definido envolve a utilização de técnica atuarial. A norma exige o emprego do método de crédito unitário projetado a fim de *estimar, de maneira confiável, o custo final, para a entidade, do benefício obtido pelos empregados em troca dos serviços prestados nos períodos anteriores e corrente*. Isso exige que a companhia determine quanto do benefício deve ser atribuível aos períodos anteriores e corrente e que faça estimativas (premissas atuariais) acerca das variáveis demográficas – e.g., rotatividade e mortalidade de empregados – e financeiras – e.g., como futuros aumentos nos salários e nos custos médicos – que afetarão o seu custo.

Portanto, devemos lembrar que os planos de assistência médica, nos moldes destacados na

introdução deste artigo, para fins de atendimento às regras do CPC 33(R1), apresentam-se como benefícios garantidos, com período de aquisição anterior ao período de usufruto, e que, nesse diapasão, seu pagamento depende da ocorrência de eventos probabilísticos e de premissas biométricas e financeiras durante o período de aquisição (regime de competência) e de usufruto (direito alcançado).

Por essa razão, o estudo atuarial deve abranger não somente a população de ex-empregados e aposentados optantes pela manutenção do plano corporativo, mas também a população de atuais ativos uma vez que os mesmos serão os futuros ex-empregados e/ou aposentados. A aplicação de qualquer restrição quanto ao contingente de expostos ao risco não encontra fundamento nos princípios contábeis estabelecidos pelo CPC-33(R1), tampouco na boa prática atuarial, a qual abarca metodologias e ferramentas para realizar as estimativas desses compromissos de longo prazo, associados ao risco de subsídio cruzado dos planos de assistência médica de forma confiável, de modo a aderir ao perfil da base de dados dos participantes ou segurados no plano de assistência médica, respeitando, assim, os postulados supramencionados.

No próximo artigo, abordarei o impacto sob a perspectiva contábil e fiscal que a não aplicação do CPC pode acarretar para organização.

Fonte: [Revista Opinião.Seg nº 14](#) - Julho de 2017.