

JUSTIÇA & CIDADANIA

LIBERDADES
**ONZE MINISTROS DO STF NO
MESMO LIVRO**

HOMENAGEM
**A COMUNIDADE JURÍDICA
RECONHECE O TALENTO DO
MINISTRO SALOMÃO**



**MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO TOMA POSSE COMO
CORREGEDOR NACIONAL DE JUSTIÇA**

**“HÁ MUITO TRABALHO A
SER FEITO, COM DISCRIÇÃO
E EFICIÊNCIA”**

A FUNÇÃO ECONÔMICA DO MERCADO DE SEGUROS

MAÍLSON DA NÓBREGA

Ex-Ministro da Fazenda

A função econômica do mercado de seguros

O mercado de seguros nasceu da necessidade de mitigar riscos. Em seu sentido econômico, o termo "risco" pode ser entendido como a probabilidade de ocorrência de eventos que causem perda financeira ou gerem custos a um agente, que pode ser estimada desde o início com base em dados de uma amostra ou população. Assim, quando um evento acontece (ou, no jargão, quando o risco se materializa), o agente exposto a essa probabilidade incorre em um custo financeiro.

O seguro é um instrumento que permite a um indivíduo ou a uma empresa, mediante pagamentos periódicos (prêmios), transferir determinados riscos para outra parte, a companhia seguradora. Na ocorrência de um sinistro (ou seja, quando um evento segurado se materializa), ela realiza um ressarcimento ao segurado.

Tal mecanismo funciona na medida em que as seguradoras possuem uma maior capacidade de absorver os custos financeiros inerentes a determinados riscos do que indivíduos, uma vez que elas gerenciam riscos por meio de sua dispersão. Ao agregar o risco de diversos agentes, é possível se valer de propriedades matemáticas e estatísticas para transformar o risco de diversos indivíduos em perdas previstas relacionadas aos riscos suportados.

Dessa forma, as seguradoras conseguem transformar o risco de um indivíduo (probabilidade de ocorrência de um evento) em uma fração previsível de segurados sob sinistro – ou seja, elas são capazes de prever com maior acurácia o número de ocorrências de eventos envolvendo os seus segurados. Embora a previsão para cada indivíduo mostre-se inviável separadamente, ela é factível ao se analisar o conjunto de uma população de riscos homogêneos.

Os mercados de seguros possibilitam, portanto, agregar riscos que seriam grandes demais para um único indivíduo e torná-los pequenos para uma elevada quantidade de agentes. Conforme Adam Smith, em sua obra mais famosa, "A riqueza das nações": "O negócio de seguros dá grande segurança ao patrimônio das pessoas. Ao dividir entre muitos a perda que arruinaria um indivíduo, este seguro permite que essa perda recaia de maneira simples e fácil por toda a sociedade. Para tanto, todavia, as seguradoras precisam ter um grande capital."¹

O funcionamento e a precificação dos seguros

Como indicado anteriormente, os seguros funcionam da seguinte forma: mediante o pagamento de um prêmio periódico a outro agente, transfere-se a ele o risco financeiro ao qual o indivíduo está exposto. Assim, caso algum risco coberto (e definido em contrato) se materialize, a seguradora assume os custos relativos ao evento. Em outras palavras, o segurado despense um pequeno valor presente certo (prêmio), enquanto a seguradora se compromete com o pagamento de uma indenização futura e incerta, a qual depende da ocorrência do sinistro.

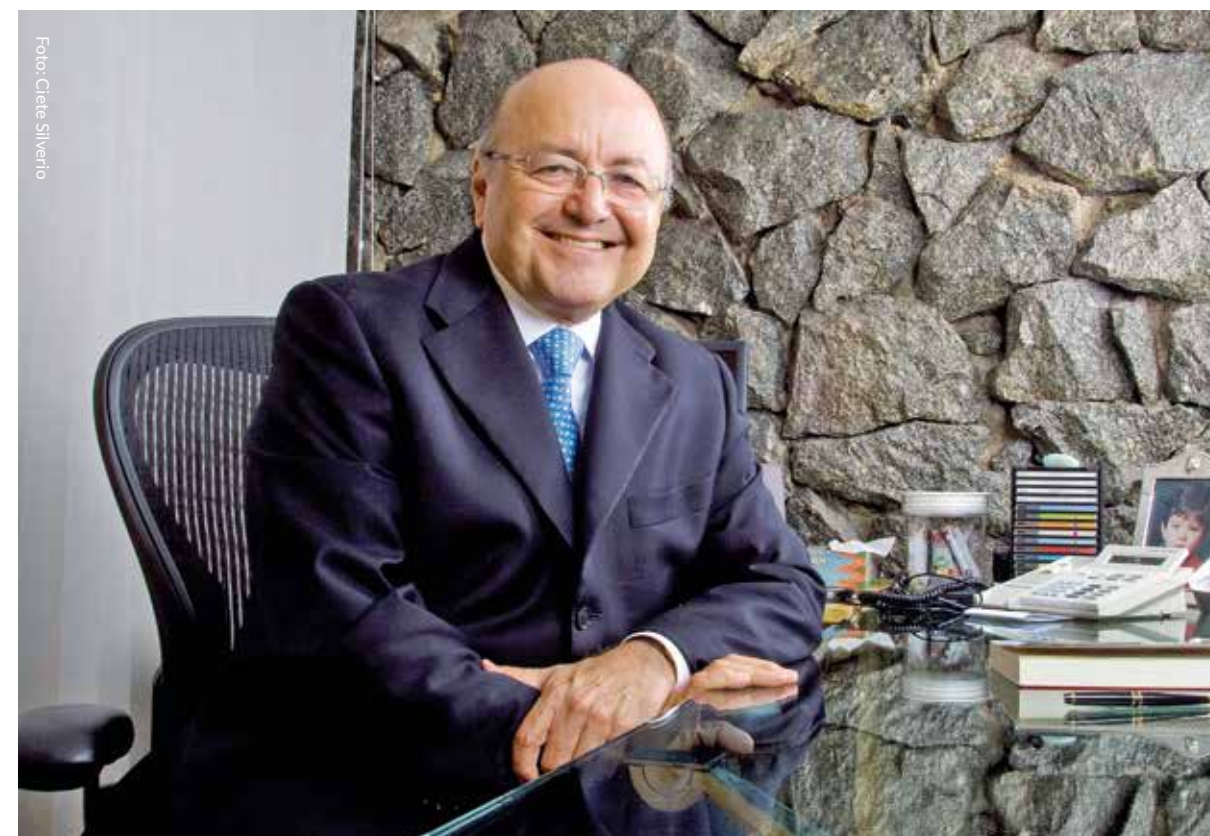


Foto: Cleite Silveiro

O crescimento do mercado brasileiro de seguros é altamente desejável do ponto de vista econômico e social, devido à sua capacidade de resguardar o patrimônio de indivíduos e empresas em caso de eventos capazes de destruir ou liquidar os bens segurados"

Para que riscos sejam considerados transferíveis e, portanto, seguráveis, é necessário que alguns requisitos sejam observados. Por exemplo, deve haver uma grande quantidade de agentes expostos; as perdas eventuais devem ser não intencionais; o custo de perdas deve ser mensurável e determinado *ex-ante*; e a probabilidade de perda deve ser calculável. Ademais, os riscos de diferentes agentes não devem ser correlacionados, evitando assim que choques agregados afetem toda a carteira de segurados.

Com relação às coberturas do seguro – ou seja, os riscos transferidos – elas são definidas entre as partes. É natural que o agente que transfere o risco deseje a maior cobertura possível pelo menor custo. A seguradora, por sua vez, prefere reduzir a cobertura e cobrar prêmios maiores. Em equilíbrio, chega-se às coberturas que uma apólice de seguros possuirá – ou seja, quais riscos são transferidos de um agente a outro a um determinado preço.

Ao definirem os prêmios que serão cobrados dos segurados, as seguradoras consideram os seguintes fatores: (i) a probabilidade de ocorrência dos riscos (coberturas contratadas); (ii) os valores estimados de indenização em caso de materialização de algum risco coberto; (iii) os custos administrativos e de gerenciamento de riscos, como vendas, elaboração de modelos estatísticos de previsão de eventos etc.; e (iv) a remuneração do capital investido pela seguradora. A relação entre tais fatores e o preço do seguro é diretamente proporcional. Por exemplo, quanto maior for a probabilidade da ocorrência de algum risco, maior será o preço do seguro.

Vale dizer que, além dos valores estimados dos sinistros, para os quais são feitas provisões técnicas a fim de garantir a segurança das operações e dos segurados, as seguradoras mantêm reservas para fazer frente a gastos futuros inesperados decorrentes de outros riscos aos quais estão expostas, como riscos de mercado, operacionais e regulatórios. Todas essas variáveis impactam o prêmio cobrado pela seguradora.

No início de um contrato entre o transferidor (segurado) e o tomador dos riscos (a seguradora) são estimados os fatores que afetam o prêmio cobrado. Ao longo do tempo, tais estimativas são atualizadas com base em novas informações e no perfil mais acurado do segurado, dada a observação de seu comportamento (utilização das coberturas). Assim, os prêmios são ajustados para cima ou para baixo.

Dessa forma, o prêmio inicial cobrado por uma seguradora para tomar o risco de eventos relacionados a um agente é definido com base em cálculos matemáticos e atuariais, que levam em consideração parâmetros estimados conforme o perfil do segurado, o que varia ao longo do tempo, principalmente quando novas informações são reveladas no decorrer do contrato. A cada período, os prêmios são reajustados de acordo com diversos fatores, principalmente os ligados ao risco tomado, às coberturas previstas e à ocorrência de sinistros.

Do ponto de vista de uma seguradora, ela somente ofertará um seguro se o valor arrecadado com os prêmios por assumir riscos de diversos segurados for suficiente para cobrir as estimativas de indenizações a serem pagas em caso de ocorrência de sinistros cobertos pelas apólices de seguro durante sua vigência e, também, para cobrir as despesas administrativas da empresa e remunerar o capital investido.

O mutualismo e a interdependência dos segurados

Um princípio fundamental para a sustentabilidade dos contratos de seguro diz respeito ao mutualismo, que permite a diluição do risco entre todos os segurados da carteira da seguradora ou, ao menos, de uma determinada apólice.

O mutualismo pode ser entendido como um esforço coletivo para a mitigação de riscos. Nesse sentido, sua origem remonta a muitos séculos, com as primeiras formas de organização entre grupos de pessoas que estavam sujeitas a riscos comuns, visando à proteção mútua de seus participantes. Efetivamente, existem diversos exemplos entre as civilizações antigas e ao longo da história de ações solidárias entre pessoas que se associavam com o objetivo de compartilhar riscos, através, por exemplo, da criação de fundos comuns de reservas para fazer frente a perdas futuras causadas por determinados eventos.

No mercado de seguros, o mutualismo permite a reunião de grupos de pessoas com riscos homogêneos e semelhantes para a formação de um fundo comum, do qual sairão os recursos para o pagamento das indenizações, em caso de materialização dos riscos previamente previstos. Com isso, as perdas econômicas decorrentes de certos eventos, que seriam grandes demais para um único indivíduo, podem ser divididas entre todo o grupo, de forma que cada um assume uma pequena parcela previamente conhecida.

Assim, os participantes do seguro, ao firmarem um contrato, estão sujeitos a sacrifícios mútuos relacionados à socialização das despesas com os sinistros. O mutualismo corresponde, assim, à solidariedade financeira entre os segurados: aqueles que não sofreram sinistro pagam pelos gastos com os usuários que sofreram sinistro. Em outras palavras, o custo financeiro dos sinistros é compensado pelo ganho com indivíduos que não sofreram sinistro.

Falhas de mercado: o problema da assimetria de informação

Os mercados de seguros caracterizam-se por algumas falhas de mercado relativas às informações disponíveis aos agentes. Como se trata de um setor em que a assimetria de informações entre os participantes está presente em diversos estágios de prestação dos serviços, podem surgir os problemas de seleção adversa e risco moral.

Na presença de assimetria de informação – situação em que um agente econômico possui mais informações do que o outro – é possível que potenciais segurados saibam mais sobre seus próprios riscos do que a seguradora. Ciente dessa situação, a seguradora eleva o preço cobrado pela cobertura (prêmio) como forma de compensar a insuficiência de informações.

Com preços altos, somente os agentes que possuem maior risco estarão dispostos a pagar o preço e transferir o risco à seguradora, que assim não contará, no pool de segurados, com aqueles para os quais o risco é baixo. Esta é a manifestação do que se chama de “seleção adversa” em economia.

Além deste problema, mercados de seguros podem apresentar o fenômeno denominado “risco moral”, que consiste na alteração do comportamento do agente econômico após a contratação do seguro. Como o risco foi transferido a outra parte (operadora) e o custo financeiro da ocorrência de algum evento está limitado ao valor do prêmio, o beneficiário pode apresentar comportamento mais arriscado do que aquele esperado quando ele mesmo deveria suportar o risco.

Regulação no mercado de seguros

Dadas essas falhas de mercado advindas de assimetrias de informação, existem órgãos públicos responsáveis por regular a interação entre segurados e seguradoras. No Brasil, o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) é o órgão que fixa as diretrizes e normas da política de seguros privados, enquanto a Superintendência de Seguros Privados (Susep) controla e fiscaliza os mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. No caso dos seguros de saúde, o órgão regulador é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

São ainda objetivos da regulação no mercado de seguros estimular a concorrência, garantir a estabilidade e proteger os consumidores. Em relação a esses

últimos dois pontos, um conjunto de normas relevante para o bom funcionamento do mercado de seguros diz respeito à regulação prudencial, que busca garantir a liquidez e a solvência das seguradoras. Sob o contexto da regulação providencial, as seguradoras devem cumprir regras referentes, principalmente, à formação de provisões técnicas, a requerimentos de capital, à governança, à gestão de riscos e a controles internos. O intuito é reduzir a probabilidade de uma seguradora não ter recursos suficientes para fazer frente a suas obrigações, tornar-se insolvente e sair do mercado.

A insolvência de uma seguradora tem o potencial de abalar a confiança dos indivíduos também em outras seguradoras, sob o risco de gerar uma descrença generalizada nesse tipo de contrato no médio e longo prazo, reduzindo drasticamente sua demanda. Dessa forma, a regulação prudencial também tem como objetivo a sustentabilidade do sistema, por meio da mitigação dos riscos sistêmicos.

São de especial relevância as provisões técnicas que devem ser constituídas pelas seguradoras conforme as regras definidas pela Susep (e, no caso das operadoras de saúde, pela ANS). As provisões técnicas correspondem, de maneira simplificada, à diferença entre os prêmios arrecadados dos segurados e os riscos/custos assumidos pela seguradora, de forma a garantir que ela tenha recursos suficientes para cobrir seus compromissos futuros. Esses valores são estimados estatisticamente (e revistos ao longo do tempo) e contabilizados no passivo das seguradoras.

As provisões técnicas devem estar lastreadas em ativos garantidores (bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários), que devem ser constituídos conforme a regulação vigente.

A fim de mitigar a possibilidade de insolvência das seguradoras, o regulador também determina o “Capital Mínimo Requerido – CMR”, que representa o capital total que a

segurada deve manter para operar, de forma a preservar sua viabilidade financeira. Assim, as seguradoras devem apresentar mensalmente patrimônio líquido ajustado igual ou superior ao capital mínimo requerido.

A "judicialização" no mercado de seguros

Um fator importante que pressiona a estrutura de custos do mercado brasileiro de seguros e, em particular, do segmento de seguros de saúde, é a crescente judicialização do setor.

“O desenvolvimento do mercado de seguros depende de um ambiente regulatório e institucional transparente e estável”

De forma geral, trata-se do aumento do número de segurados que acionam a Justiça para, por exemplo, obter indenizações pela materialização de riscos não previstos na cobertura do contrato ou para impedir um reajuste que era contratualmente previsto. Quando tais demandas são bem-sucedidas no Judiciário, gera-se um incentivo para que cada vez mais pessoas façam reivindicações semelhantes, por meio de recurso ao sistema judicial.

No entanto, decisões judiciais favoráveis aos segurados, quando ignoram os termos dos contratos e, com isso, os princípios básicos de funcionamento de um seguro, geram uma série de consequências indesejáveis.

Como visto ao longo desse artigo, ao precificar o prêmio pelos riscos assumidos em um contrato de seguro, a seguradora estima, com base em dados históricos e modelos estatísticos, a probabilidade de ocorrência dos eventos cobertos pela apólice e o valor que será

desembolsado caso os riscos se materializem. Dessa forma, o prêmio deve necessariamente guardar relação com os riscos assumidos e os parâmetros estabelecidos na sua contratação. Decisões judiciais que alterem esses parâmetros em momento posterior à definição do prêmio acarretarão desequilíbrio econômico-financeiro evidente nos contratos atingidos.

Riscos institucionais e o desequilíbrio dos contratos

Quando uma decisão judicial determina mudanças nas regras de precificação que impedem as seguradoras de realizar os reajustes que estavam previstos desde a contratação, isso faz com que elas recebam ao longo do tempo prêmios menores do que os previstos inicialmente, sem que haja qualquer contrapartida de redução de riscos.

Já decisões judiciais que resultam na inclusão *ex-post* de novas coberturas fazem com que as seguradoras estejam sujeitas a riscos – e ao pagamento de indenizações – que não foram contemplados no momento de elaboração e precificação dos contratos, elevando os seus custos de maneira inesperada.

Em ambas as situações descritas acima, o resultado esperado é o de desequilíbrios atuariais, com descasamento entre as expectativas de receitas e despesas ao longo do tempo. Nesse contexto, é possível que diversos contratos deixem de ser economicamente viáveis e que as seguradoras incorram em prejuízos e dificuldades financeiras.

Outro resultado esperado é um aumento generalizado dos preços a fim de compensar a frustração de receitas (no primeiro exemplo) ou maiores riscos e consequentes custos mais elevados (segundo exemplo).

O aumento dos custos das seguradoras devido à inclusão indevida de coberturas (não previamente contratadas) implica, também, a necessidade de elevar as provisões técnicas e o capital regulatório. Com isso, o equilíbrio econômico-financeiro da seguradora é afetado, o que contribui para pressionar o preço do seguro.

Com um aumento dos preços, exclui-se do mercado uma parcela da população, para a qual o seguro deixa de ser acessível. Ademais, a exigência de um prêmio cada vez mais caro pode potencializar o fenômeno de seleção adversa. Apenas indivíduos com risco elevado – ou seja, com maior probabilidade de sinistro – conseguirão arcar com os prêmios exigidos, que deixam de

ser viáveis para os indivíduos com menor risco. Dessa forma, compromete-se a própria lógica do mecanismo de seguros, segundo a qual segurados com menor risco garantem a sustentabilidade do sistema. No limite, o seguro deixa de ser oferecido, o que priva os indivíduos da possibilidade de transferência de riscos a uma terceira parte. Suas consequências são mais graves no caso de seguros de saúde.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado a uma seguradora que se torne insolvente frente aos desequilíbrios gerados pelo crescimento inesperado de seus custos (ou pela queda de suas receitas) devido a uma decisão judicial, por exemplo. A insolvência de seguradoras, além de ocasionar perdas econômicas em função das consequentes demissões e quedas na geração de renda e arrecadação tributária, pode elevar o risco sistêmico e tem impactos negativos diretos sobre os segurados, que deixam de contar com a indenização que receberiam em caso de sinistro.

Diversos exemplos de seguradoras que foram liquidadas recentemente dão a real dimensão desses prejuízos para os consumidores. A Unimed Paulistana saiu do mercado de seguros de saúde em 2016, após a ANS decretar a sua liquidação extrajudicial. Com isso, mais de 740 mil beneficiários, de uma hora para outra, deixaram de contar com o plano de saúde e, consequentemente, com o atendimento médico em clínicas

e hospitais privados da rede. O processo de migração não foi simples e muitos tiveram que arcar com os custos integrais de procedimentos urgentes. Houve casos de beneficiários que não conseguiram migrar para outros planos e deixaram de ter acesso a esse tipo de seguro.

Outro exemplo é a quebra do Grupo Federal Seguros, que teve sua liquidação extrajudicial decretada pela Susep em 2014. O Grupo atuava principalmente na área de seguros de vida e invalidez permanente e tinha uma carteira de 300 mil segurados. A falência da companhia representou um duplo prejuízo para os consumidores, que, além de perderem o acesso ao serviço, não conseguiram recuperar o dinheiro investido.

Em síntese, a alteração dos parâmetros base de precificação dos seguros modifica o valor dos prêmios. Dessa forma, intervenções regulatórias ou judiciais – por exemplo, na interpretação das coberturas – podem alterar os termos estabelecidos no contrato dos seguros, implicando em desequilíbrios no mercado, o que, no limite, podem levar à falência das seguradoras, com todas as consequências negativas que isso representa.



Relevância atual na economia

As seguradoras desempenham um papel importante na economia em decorrência do montante de prêmios que coletam, da escala de seus investimentos e, sobretudo, de seu papel fundamental como fornecedoras de proteção contra riscos econômicos e financeiros para empresas e indivíduos.

Dados divulgados pelo Banco Mundial² indicam que elas formam um grupo relevante de investidores institucionais, detendo, em 2020, cerca de 14% do total de ativos do mercado financeiro global. No Brasil, as seguradoras possuem participação menor como investidoras institucionais, embora também com proporção relevante. Em março de 2022³, esse grupo detinha R\$ 216,16 bilhões em títulos públicos federais, o equivalente a 4,05% do estoque total.

De acordo com o relatório mais recente divulgado pela Susep⁴, os principais segmentos de seguros no Brasil⁵ são os de seguros de automóveis e de pessoas, com participações de 28% e 36% no volume total de prêmios diretos em 2020, respectivamente. Naquele ano, o total de receitas geradas no setor atingiu R\$ 141 bilhões.

Com relação aos seguros de saúde, segundo dados da ANS⁶, o número de beneficiários era de 49,4 milhões em abril de 2022.

Apesar do crescimento apresentado pelo setor de seguros no Brasil ao longo das últimas duas décadas, ainda há espaço para uma ampliação desse mercado. Por exemplo, estimativas indicam que cerca de 70% da frota brasileira de veículos não é segurada⁷. A penetração do seguro de vida também é relativamente baixa no Brasil quando comparada à de países desenvolvidos. Segundo estudo da Mapfre, uma das maiores companhias globais do ramo de seguros, o Brasil é o 8º colocado, em termos de potencial para crescimento do setor segurador, em um ranking de 96 países⁸.

O crescimento do mercado brasileiro de seguros é altamente desejável do ponto de vista econômico e social, devido à sua capa-

cidade de resguardar o patrimônio de indivíduos e empresas em caso de eventos capazes de destruir ou liquidar os bens segurados. Seguros de vida podem contribuir para elevar a taxa de poupança privada. No caso de seguros de saúde, eles permitem que os usuários tenham acesso a redes de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde, bem como a uma infinidade de procedimentos médicos cujos custos seriam inviáveis para a maioria dos beneficiários sem o mecanismo do seguro. Nesse sentido, os seguros contribuem também para aliviar as pressões de demanda e custos no já sobrecarregado sistema público de saúde.

O desenvolvimento do mercado de seguros depende de um ambiente regulatório e institucional transparente e estável. Por se tratar de modelos contratuais de longo prazo, a previsibilidade e a segurança jurídica são fatores fundamentais para garantir a atratividade do mercado e incentivar investimentos em melhoras e na expansão do setor, cuja importância para a economia é indiscutível.



NOTAS

1 Tradução livre de "The trade of insurance gives great security to the fortunes of private people, and by dividing among a great many that loss which would ruin an individual, makes it fall light and easy upon the whole society. In order to give this security, however, it is necessary that the insurers should have a large capital". Smith, A. "Wealth of nations", Livro V, Capítulo 1.

2 O ano mais recente de divulgação dos dados do Banco Mundial é 2020. Eles estão disponíveis em: <<https://data.worldbank.org/indicador/BX.GSR.INSF.ZS>>.

3 4Dados disponíveis em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:43365.

4 Susep. 10º Relatório de Análise e Acompanhamento dos Mercados Supervisionados. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/menus-estatistica/SES/relat-acomp-mercado-2021.pdf>>.

5 A análise não considera o VGBL e seguros de saúde.

6 Dados gerais do número de beneficiários de planos privados de saúde divulgados pela ANS. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.

7 Ver: <<https://cnseg.org.br/noticias/regras-mais-flexiveis-do-seguro-auto-tendem-a-expandir-carteiras.html>>.

8 Ver: <<https://www.mapfre.com/pt-br/actualidade/seguros-pt-br/indice-gip-mapfre-potencial-mercado-seguros/>>.