

Gerência/Diretoria: GEHAE/GGAME/DIOPE AT

Protocolo nº 33902.362415/2014- 91

Data 23 - 05 - 2014 Hora: 10:59

Assinatura: _____ 8 _____

Nota nº 627 /2014/GEHAE/GGAME/DIOPE/ANS

9041330

Rio de Janeiro, 23 de MAIO de 2014.

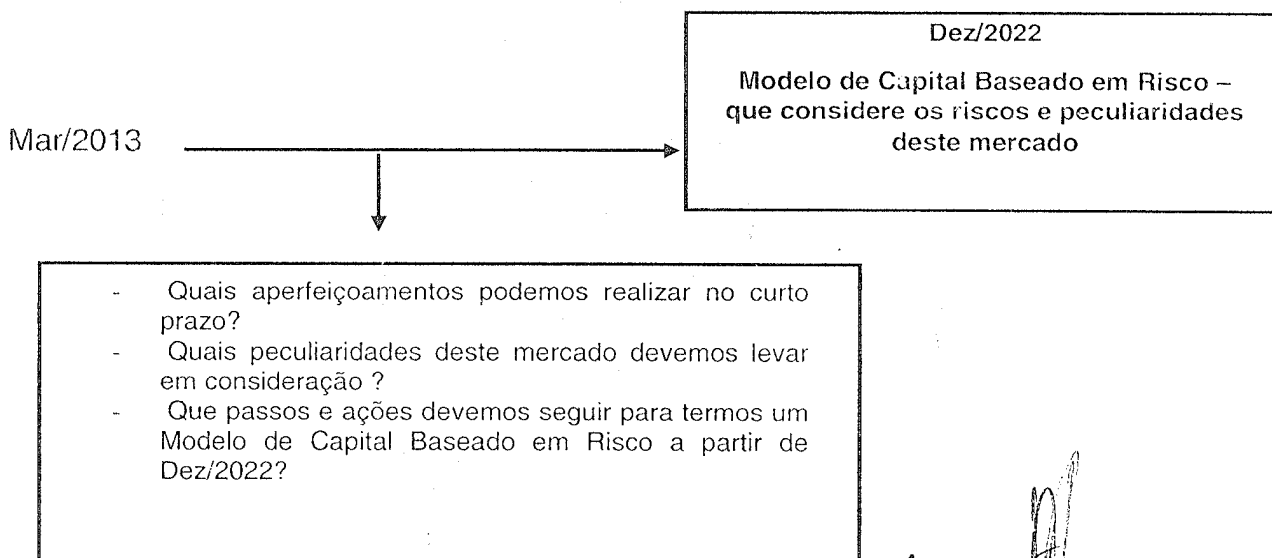
Assunto: Relatório do Grupo Técnico (GT) de Solvência	PROCESSO Nº: 33902.632854/2012-97
--------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Sr. Gerente Geral,

Esta nota tem por objetivo relatar as atividades desenvolvidas ao longo do Grupo Técnico (GT) de Solvência e apresentar uma conclusão e proposta de encaminhamento baseado nas discussões ocorridas.

1. Resumo do GT

O GT de Solvência, coordenado pela DIOPE, foi constituído através da portaria nº 5.518, publicada no DOU de 05/abril/2013. Foram convidados e indicados representantes de outros reguladores (BACEN, PREVIC, SEAE e SUSEP) de entidades representativas das operadoras (ABRAMGE, CMB, FENASAUDE, SINOG, UNIDAS, UNIMED DO BRASIL e UNIODONTO), do meio acadêmico (FIECAFI e UFRJ), do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) e Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (IBRACON). O objetivo inicial do grupo foi a discussão e o estudo de possíveis aperfeiçoamentos do atual regime de solvência na saúde suplementar.



PS

Ao longo de 2013 foram realizadas 5 reuniões (22/03/2013, 14/05/2013, 12/08/2013, 26/09/2013 e 26/11/2013). O conteúdo das discussões ao longo das reuniões realizadas é apresentado a seguir:

Reunião de 22/março/2013:

ANS/DIOPE:

- Apresentação de abertura do GT contextualizando o objetivo e o levantamento de alguns pontos de reflexão que devem ser levados em consideração antes de se pensar em avaliação de solvência (provisões ainda em fase de escalonamento, passivos SUS, teste de adequação de passivos, exigência atual ainda no patamar inferior a 40 % para a grande maioria das operadoras e o escalonamento reverso das antigas adições ao patrimônio – atual IN DIOPE nº 50/2012);

Reunião de 14/maio/2013:

ANS/DIOPE:

- Apresentação dos seguintes estudos: Nível de enquadramento em MS (posição dez/2012); Estudo do Coeficiente de Variação da Sinistralidade (histórico de 3 e 5 anos incluindo a abertura por porte e segmentação); e Efeitos do SUS na Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar.

SUSEP:

- Apresentação sobre o processo de monitoramento da Solvência baseada em risco da SUSEP, que tem por base os 3 pilares do IAIS¹ – aspectos quantitativos, qualitativos e de transparência. O monitoramento da Solvência na SUSEP é realizado por uma Coordenação Geral (CGSOA), composta por 41 analistas para monitorar um total de 298 empresas².

FIPECAFI:

- Apresentação acerca das origens do atual regime (da atual formulação), dos fundamentos da supervisão baseada em risco (princípios) e dos desafios para o setor de saúde complementar em relação à solvência.

ms

¹ Associação Internacional e Supervisores de Seguros : da qual a SUSEP e a ANS são membros.

² Esta posição refere-se a dez/2012 e inclui 118 sociedades seguradoras, 25 entidades de previdência complementar aberta, 19 sociedades de capitalização, 102 resseguradoras e 34 corretoras de resseguro.

IBA:

- Apresentação contextualizando as provisões técnicas em saúde, o propósito da margem de solvência, a evolução do mercado no Brasil e o estudo da Milliman consultoria, realizado em 2007, acerca da exigência de garantias financeiras por segmentação de operadoras em volume de prêmios.

SINOG:

- Apresentação para o GT de proposta anteriormente encaminhada à DIOPE em maio/2012. A apresentação conceituou as origens do atual regime (da atual formulação) e propôs formulação diferenciada para odontologia de grupo. Foi alegado que para odontologia de grupo, o comportamento dos eventos é menos volátil e com valores extremos menos significativos.

O SINOG propôs que por 5 anos fosse apurado apenas o risco de subscrição (o mais relevante para o segmento), através da seguinte formulação:

$$U_{LR} = Z_{\alpha} \sqrt{E(N) * E(X^2)} - \theta * E(N) * E(X)$$

Onde:

U_{LR} : reservas livres para um nível de retenção igual a LR;

Z_{α} : abscissa da curva normal de média zero e desvio padrão 1, para uma probabilidade de ruína de 5% ($\alpha = 0,05$);

$E(N)$: esperança matemática da variável aleatória N, que representa a quantidade anual de sinistros – deve ser apurada para os 36 últimos meses;

$E(X)$: esperança matemática da variável aleatória X, que representa o valor da indenização – deve ser apurada para os 12 últimos meses;

θ : margem de segurança estatística média, usada nas notas técnicas de produtos.

Em seguida, por mais 10 anos, seria mantida a regra anterior, com estudos conjuntos para a incorporação dos riscos de crédito, operacional e legal.

$$RSM = \sqrt{\sum_{i=1}^k C_i^2 + \sum_{i \neq j=1}^k \rho_{ij} C_i C_j}$$

Onde:

C_i : Corresponderiam aos valores dos sinistros ou valores em risco; e

ρ_{ij} : Coeficiente de correlação entre os riscos representados por C_i e C_j .

Cabe destacar não foram apresentadas simulações de resultados com dados reais do setor.

Reunião de 12/agosto/2013:

BACEN:

- Apresentação sobre o mercado supervisionado pelo BACEN e como é realizado o seu monitoramento de Capital (Basileia).

O BACEN define um patrimônio de referência exigido (PRE) que leva em consideração o risco de crédito, de mercado e operacional. Também existe a figura do capital tangível, que nada mais é que o patrimônio líquido com deduções de elementos patrimoniais que podem comprometer a qualidade do capital regulatório em decorrência de baixa liquidez, difícil avaliação ou dependência de lucros futuros a serem realizados.

O monitoramento de solvência do BACEN é realizado por um sistema de classificação das instituições cuja base conceitual considera indicadores contábeis e híbridos (monitoramento extra-contábil).

IBA:

- A comissão de saúde do IBA fez nova apresentação conceituando itens como o Princípio do Mutualismo, Teorema das Probabilidades e os tipos de riscos incorridos na operação de planos privados de assistência à saúde.

O IBA fez ensaio de proposta abordando a adequação da atual formulação de margem de solvência (MS) por porte da operadora.

SINOG:

- Apresentação para o GT das iniciativas e do plano de trabalho com layout das bases de dados para adesão das empresas ao estudo a ser desenvolvido considerando a proposta apresentada em 14/maio/2013.

Reunião de 26/setembro/2013:

ANS/DIOPE:

- Apresentação de indicadores econômico-financeiro do setor: sinistralidade, receitas e despesas, resultado financeiro, índice combinado e margem de lucro líquida.

MA

[Handwritten signature]

As seguintes considerações foram tecidas:

- ✓ Grande heterogeneidade do setor;
- ✓ Diferenças entre os indicadores podem ser teoricamente explicados pela forma de organização da OPS;
- ✓ Impacto da constituição de provisões no resultado deve reduzir a partir de 2014 possibilitando maior folego para capitalização.

IBA:

- O IBA apresentou exemplo de cálculo de ajuste da atual formulação considerando a proposta apresentada em 12 de agosto de 2013.

FENASAÚDE:

- Apresentação com a comparação de outros mercados regulados – Brasil (SUSEP) e internacional. Apresentou também abordagem para modelos internos e algumas considerações quanto ao mercado de saúde suplementar e sua solvência.

Quanto à experiência de outros mercados, a FENASAÚDE destacou os seguintes pontos:

- SUSEP:

- Capital Base³;
- Capital de Risco para os riscos de subscrição, operacional, mercado e crédito;
- Capital mínimo definido entre a MS, Capital Base e o Capital de Risco, considerando as diversas correlações entre os riscos;
- Possibilidade de metodologia própria para a apuração das parcelas do capital de risco, com prévia aprovação da SUSEP e desde que englobe todos os riscos e o nível de segurança mínimo de 95%.

- O Modelo Americano:

- *Risk Based Capital*, baseado em fatores segmentados por risco

$$RBC = H_0 + \sqrt{H_1^2 + H_2^2 + H_3^2 + H_4^2}$$

Onde:

H_1 : Investimentos em afiliadas e riscos não expressos no balanço;

ms

³ Capital Base : R\$ 15 milhões para seguradoras, R\$ 60 milhões para Resseguradoras e R\$ 7,2 milhões para entidades abertas de previdência complementar.

- H_2 : Risco de Ativos;
- H_3 : Risco de Crédito; e
- H_4 : Risco do Negócio (risco de despesas em saúde, etc...)

- Implementação gradativa do *ORSA – Own Risk Solvency Assessment*

- O Modelo Europeu:

- Base ainda é o modelo Solvência I – parecido com o atual modelo da ANS;

- Realização de testes para a convergência ao modelo Solvência II. Tal modelo abarca os riscos de subscrição, mercado, crédito e operacional.

- Risco de Subscrição:

Cenários de stress para sub-riscos como: provisão, cancelamento, mortalidade, longevidade, morbidade e catástrofes.

- Risco de Mercado:

Cenários de stress para sub-riscos como: taxa de juros, renda variável, imóveis, câmbio, spreads em relação à taxa livre de risco.

- Risco de Crédito:

Uso de *Ratings* (que vem sendo objeto de discussão dentro do IAIS);

Capital definido em função de probabilidades e da variância das perdas esperadas.

- Risco Operacional:

Valor mínimo entre 30% do capital dos demais riscos e uma fórmula baseada em fatores aplicados a prêmios e provisões.

- Em outros países:

- Argentina: Modelo semelhante ao Solvência I com fatores inferiores ao utilizado no Brasil.

- Canadá: Modelo baseado em fatores aplicados aos diversos riscos com projeções de ativos e passivos sujeitos a diversos cenários de taxas de juros.

- Chile: Fórmula atual semelhante ao Solvência I.
- México: Modelo similar ao Solvência II implantado em dez/2012 e com período de transição de 2 anos.
- China: Em desenvolvimento de novo modelo baseado em risco.
- Coréia: Modelo baseado em risco implementado em 2011 com a possibilidade do uso de modelos internos.
- Suíça: Utiliza o *Swiss Solvency Test (SST)* onde ativos e passivos são trazidos a valor presente a partir de cenários extremos. Os resultados negativos projetados nos cenários extremos determinam a necessidade de capital e o nível de segurança utilizado é de 99%. Devem ser utilizados modelos internos se o modelo padrão oferecido não for adequado.
- Abordagem para Modelos Internos: Foi destacado que a implementação e o sucesso de um modelo interno requer muito mais que a coleta de informações e a construção de um modelo de cálculo. Existiriam implicações no nível de planejamento, objetivos gerenciais e formas organizacionais de cada empresa que devem ser consideradas além do envolvimento de diversas áreas.
- A apresentação da Fenasaúde também destacou que o mercado de saúde é extremamente heterogêneo no que tange os riscos assumidos e apresentou como proposta a implementação gradual de modelos de capital baseado em risco com a possibilidade de criação de modelos internos. Para tal, propôs a criação de grupos técnicos para o estudo dos diferentes fatores de risco (risco de subscrição, mercado, operacional e crédito), além de um grupo específico para estudar correlações de riscos. Tais mudanças seriam gradativamente implementadas, risco a risco, após 2022 (prazo da atual regra).
- Como ação imediata, a Fenasaúde, pleiteou alteração do anexo VII da RN 209/2009 (e alterações posteriores), que trata da regra de transição para a MS das SES, alterando tal regra até 2022.

Reunião de 26/novembro/2013:

ANS/DIOPE:

- Apresentação resumindo as discussões do GT e dos pontos de reflexão que devem ser levados em consideração quando da avaliação de solvência de uma empresa. Os principais pontos levantados ao longo das reuniões foram os seguintes:

Ref



- ✓ Passivo – PEONA SUS;
- ✓ Teste de adequação de Passivo, Provisão de Insuficiência de Contraprestações (CPC11);
- ✓ Atual escalonamento da MS que para a maioria das operadoras não chega a 40%;
- ✓ Escalonamento reverso das antigas adições ao patrimônio⁴;
- ✓ Mecanismos de transferência de risco;
- ✓ Governança Corporativa.

ABRAMGE - SINOG:

- O sistema ABRAMGE-SINOG apresentou nova proposta descrita a seguir:

- Redução dos atuais coeficientes da regra vigente. Ao invés de 0,20 das contraprestações 0,16 e ao invés de 0,33 dos eventos 0,23;
- Alinhamento da atual regulação com a experiência internacional, incluindo as tendências do Solvência II⁵, sem perder de vista as iniciativas norte-americanas de reformulação do seu *risk based capital*;
- Possibilidade de que cada operadora possa encaminhar seu modelo próprio de risco (modelo interno), sendo necessário a revisão da IN DIOPE nº 14/2007;
- Manutenção do GT de Solvência em caráter permanente com ampliação de atuação e aderência à proposta da Fenasaúde no sentido de que cada risco que compõe a MS seja exaustivamente analisado.

No encerramento da reunião realizada em 26 de novembro de 2013, a ANS solicitou que os representantes interessados protocolassem formalmente as propostas apresentadas ao longo das reuniões do GT.

Apenas o Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), a ABRAMGE – SINOG e a Fenasaúde protocolaram formalmente proposta. Apresentamos a seguir um resumo de cada uma dessas propostas e as considerações técnicas a respeito:

⁴ Para o cálculo do patrimônio líquido ajustado e comparação com o nível de MS exigido.

⁵ Modelo de solvência Europeu ainda em fase de implementação.

2. Propostas Apresentadas

Instituto Brasileiro de Atuária - IBA

Proposta protocolada em 26 de novembro de 2013, sob nº 33902.863548/2013-81

Resumo da proposta:

- O IBA destacou não corroborar com o modelo atual onde as únicas variáveis observadas são as receitas das contraprestações ou as despesas assistenciais (conforme o caso). Entende ainda que o cálculo apropriado envolve diversos riscos e conseqüentemente muitas variáveis, cuja mensuração pelas empresas seria praticamente impossível. Contudo, o IBA acredita que um aprimoramento mínimo poderia ser considerado, embasado pelo menos na capacidade real de retenção dos eventos/sinistros. Assim sendo, a proposta protocolada pelo IBA prevê o aprimoramento do cálculo da MS observando também a capacidade de retenção da operadora.

A partir da premissa de que eventos superiores a R\$ 150 mil seriam considerados raros na operação, o parecer técnico do IBA constata que o requerimento atual seria insuficiente para operadoras com até 10 mil vidas. O parecer técnico também cita que para operadoras com mais de 200 mil vidas, haveria um excesso de requerimento.

Estudo base para a proposta apresentada:

Premissas:

- Contraprestação média : R\$ 150,00
- Sinistralidade : 83%
- Probabilidade de ruína : 0,0001%
- Taxa de risco: 12% (taxa esperada para ocorrência de eventos de grande risco - utilizado a taxa de internação)

Metodologia de cálculo adotada para o cálculo do limite de retenção:

Teoria de Finetti aperfeiçoada pelo atuário JJ de Souza Mendes

$$LT = \frac{2B}{-\log \pi(1-q)} A$$

Onde:

B = Margem de Segurança

A = Margem de Solvência

π = Probabilidade de Ruína

q = Taxa de Risco

O estudo apresentado pelo IBA adotou como variável chave do modelo a taxa de risco (q), variando tal taxa de 10% a 14% (maior e menor oscilação do risco).

Conclusões do estudo base:

- Mesmo com a flutuação da taxa de risco, as regras atuais para operadoras com até 10 mil beneficiários são insuficientes.
- É possível aplicar uma alíquota redutora entre 0 e 50% de acordo com o porte da operadora.

Foi encaminhada a seguinte tabela com alíquotas redutoras propostas:

ANEXO A

Cálculo Atuarial Do Limite de Retenção (LT)

		CP Anual	CA Anual	MS Atual	$\log_{10} (N / \pi) / \log 20$	Agravo/Desconto sobre MS	MS Ajust	LT sobre MS Atual	LT sobre MS Ajust
Número de Usuários	10000	R\$ 18.000,00	R\$ 14.940,00	R\$ 4.930,20	0,769	130%	INSUFICIENTE		
	20000	R\$ 36.000,00	R\$ 29.880,00	R\$ 9.860,40	1,000	100,0%	R\$ 9.860,40	R\$ 194,65	R\$ 194,65
	30000	R\$ 54.000,00	R\$ 44.820,00	R\$ 14.790,60	1,135	88,1%	R\$ 3.027,38	R\$ 291,98	R\$ 257,17
	50000	R\$ 90.000,00	R\$ 74.700,00	R\$ 24.651,00	1,306	76,6%	R\$ 18.877,14	R\$ 486,63	R\$ 372,65
	70000	R\$ 126.000,00	R\$ 104.530,00	R\$ 34.511,40	1,418	70,5%	R\$ 24.334,95	R\$ 681,28	R\$ 480,39
	100000	R\$ 180.000,00	R\$ 149.400,00	R\$ 49.302,00	1,537	65,1%	R\$ 32.071,69	R\$ 973,25	R\$ 633,12
	150000	R\$ 270.000,00	R\$ 224.100,00	R\$ 73.953,00	1,673	59,8%	R\$ 44.214,63	R\$ 1.459,88	R\$ 872,82
	200000	R\$ 360.000,00	R\$ 298.800,00	R\$ 98.604,00	1,769	56,5%	R\$ 55.751,89	R\$ 1.946,51	R\$ 1.100,58
	300000	R\$ 540.000,00	R\$ 448.200,00	R\$ 147.906,00	1,904	52,5%	R\$ 77.682,97	R\$ 2.919,76	R\$ 1.533,57
	400000	R\$ 720.000,00	R\$ 597.600,00	R\$ 197.208,00	2,000	50,0%	R\$ 98.604,00	R\$ 3.893,02	R\$ 1.946,57
	500000	R\$ 900.000,00	R\$ 747.000,00	R\$ 246.510,00	2,074	48,2%	R\$ 118.829,37	R\$ 4.866,27	R\$ 2.345,77
	700000	R\$ 1.260.000,00	R\$ 1.045.800,00	R\$ 345.114,00	2,187	45,7%	R\$ 157.816,59	R\$ 6.812,78	R\$ 3.115,41
	1.000.000	R\$ 1.800.000,00	R\$ 1.494.000,00	R\$ 493.020,00	2,306	43,4%	R\$ 213.811,27	R\$ 9.732,54	R\$ 4.220,77

Considerações ANS:

- Na prática, uma vez que o risco assumido é ilimitado, não existe formalmente a figura de limite de retenção para uma operação de planos privados de assistência a saúde. Ainda, mecanismos de transferência de risco não estão disponibilizados e nem regulamentados de igual forma para todas as operadoras. Entretanto, tais mecanismos já são objeto de estudo em item específico da agenda regulatória 2013/2014 da ANS.
- Dentro da proposta apresentada pelo IBA, o maior desconto proposto não chega ao patamar atual do escalonamento da MS considerado para a grande maioria das operadoras (em dez/2013 o patamar é de 38% e em dez/2014 é de 41%). Sendo assim, a proposta desta área técnica é de aprofundamento do estudo apresentado, bem como o aprofundamento do uso do limite de retenção e as diversas formas de compartilhamento de risco.

FENASAÚDE

Proposta protocolada em 03 de dezembro de 2013, sob nº 33902.891109/2013-69.

Resumo da proposta:

A Fenasaúde apresentou duas propostas. Uma para Curto e Médio prazo e outra para Longo prazo.

Proposta de Curto e Médio Prazo:

- Solicitação de que os efeitos da RN 313/2012 sejam estendidos às Seguradoras Especializadas em Saúde (SES) no tocante à ampliação do prazo de constituição da MS até 2022.
- Proposta de que as regras estabelecidas pela IN DIOPE nº 14/2007, que regulamenta os critérios e diretrizes para a substituição da formulação de cálculo da MS, também sejam aplicáveis para as SES. Desta forma, a nova regra incluiria a possibilidade do uso de modelos próprios baseado em risco também para as SES.

Proposta de Longo Prazo (a partir de 2022):

- Proposta de migração para um modelo de capital baseado em risco, com a possibilidade de criação de modelos internos - seguindo a tendência regulatória internacional.

Tal proposta consiste na criação de grupos técnicos para o estudo dos diferentes fatores de risco (risco de subscrição, operacional, mercado, crédito e legal) e eventualmente a criação de um grupo específico para estudar a correlação de riscos e capital de grupos econômicos, com a participação de representantes do setor.

Considerações ANS:

- Quando da publicação da IN DIOPE nº 14/2007, as regras de garantias financeiras então vigentes para SES ainda eram as regras oriundas da SUSEP, convalidadas pela RDC 65/2001. Tal RDC foi revogada apenas em 2009 com a publicação da RN 209/2009, que unificou a regulamentação de garantias financeiras tanto para as operadoras quanto para as SES. Entretanto, quando da reformulação da RN 209/2009 a IN DIOPE 14/2007 não sofreu alterações, estando assim as SES fora do escopo de tal IN. Cabe ainda ressaltar que especialmente, para a apuração da MS das SES, a regra de cálculo era a estabelecida pela RN 14/2002, modificada pela RN 57/2003.

- A RN 313/2012 acrescentou o anexo VIII à RN 209/2009. Em tal anexo, o prazo de escalonamento para a MS, então estabelecido até 2017 foi estendido até 2022 – para demais operadoras exceto SES.

No caso das SES, a regra de transição para a MS está estabelecida no anexo VII da RN 209/2009. Entretanto o final de transição para as SES está estabelecido em 2017 (antigo escalonamento para as demais operadoras).

Cabe ressaltar que as SES já observavam 100% da regra de MS então calculada pela regra estabelecida pela RN 14/2002 – modificada pela RN 57/2003. Tal regra estabelecia o montante considerando 36 meses de contraprestações e 60 meses de eventos - regra (3-5). Quando da unificação das regras na RN 209/2009, a regra passou a considerar 12 meses de contraprestações e 36 meses de eventos - regra (1-3). Desta forma, o anexo VII nada mais é que uma transição, até 2017, entre a regra (3-5) para a regra (1-3).

Assim, um dos pleitos de curto/médio prazo da Fenasaúde, é de que a regra de transição estabelecida no anexo VII da RN 209/2009 também seja estendida até 2022.

Logo, de forma a manter um incremento gradual na regra de transição, a proposta desta área técnica é que a formulação do atual anexo VII da RN 209/2009 seja alterada para a seguinte fórmula:

$$MS = A + 50\%(B-A) + 0,4902\% * K (B-A)$$

- Em jul/2014 k=1, ago/2014 k = 2, ..., em um total de 102 meses até dez/2022.

Esta área técnica também propõe a alteração da IN DIOPE nº 14/2007 de forma que as SES também sejam contempladas com a possibilidade de apresentação de modelo próprio para a apuração da MS.

- Quanto à proposta de longo prazo da Fenasaúde, esta se alinha com o cronograma inicialmente definido no projeto piloto de Análise de Impacto Regulatório (AIR), constante nos autos do processo nº 33902.027820/2010-14, que prevê a criação de comissão técnica para assuntos relativos à Capital Baseado em Risco composta de membros do mercado, outros reguladores e do meio acadêmico. A forma de criação deste grupo, bem como de subgrupos para o tratamento dos diversos tipos de riscos, devem ser constar no encaminhamento após apreciação da DICOL deste relatório.

R²

ABRAMGE - SINOG

Proposta protocolada em 26 de novembro de 2013, sob nº 33902.863559/2013-61.

Em 29/novembro/2013 foi encaminhado email (gt.solvencia@ans.gov.br) complementado a proposta protocolada.

Resumo da proposta:

O sistema ABRAMGE-SINOG apresentou 3 propostas.

Proposta 1: Redução dos atuais coeficientes da regra padronizada da MS, de 0,20 e 0,33 para 0,16 e 0,23 para planos médico-hospitalares e 50% desses valores para planos odontológicos.

Alegando que a atual regra embute coeficientes importados do segmento de seguros gerais, se restringe ao risco de subscrição e que até a data da apresentação da proposta não foi possível apresentar estatísticas mais robustas, calcadas nas informações das operadoras de saúde, capazes de caracterizar a volatilidade e conseqüentemente permitir a estimação de coeficiente mais próximos da realidade desse mercado, foi apresentada uma pesquisa bibliográfica contendo a formulação utilizada para seguros saúde na Argentina, Alemanha, Bahamas e Arábia Saudita.

Argentina:

$$MS = \max \left\{ \left[\left(0,16 * \sum_{i=1}^{12} P_i \right) * \max \left(0,50; \frac{\sum_{i=1}^{36} S_{net_i}}{\sum_{i=1}^{36} S_{gross_i}} \right) \right]; \left[\left(0,23 * \frac{\sum_{i=1}^{36} S_i}{3} \right) * \max \left(0,50; \frac{\sum_{i=1}^{36} S_{net_i}}{\sum_{i=1}^{36} S_{gross_i}} \right) \right] \right\}$$

Alemanha:

$$MS = \max \left[(0,16 \text{ a } 0,18) * \sum_{i=1}^{12} P_i; (0,23 \text{ a } 0,26) * \sum_{i=1}^{36} \frac{\sum_{i=1}^{36} S_i}{3} \right]$$

O resultado poderá ser reduzido se:

- Prêmios calculados com base em tábuas de morbidade;
- O efeito crescente da idade for devidamente considerado;
- For considerada uma margem de segurança;
- Se a empresa puder rescindir o contrato antes do final do 3º ano; e
- O contrato prever a possibilidade de aumento nos prêmios ou redução nos pagamentos.

ms

Bahamas:

$$MS = \max\left(0,20 * \sum_{i=1}^{12} P_i; US\$ 500.000,00\right) \\ + \max(\text{passivo real}; \text{passivo determinado por auditoria})$$

Arábia Saudita:

$$MS = \max\left\{\text{capital mínimo}; 0,16 * \sum_{i=1}^{12} P_i; 0,24 * \frac{\sum_{i=1}^{36} S_i}{3}\right\}$$

Proposta 2: Manutenção do GT de Solvência em caráter permanente.

Dado a complexidade do tema e da necessidade de uma discussão mais aprofundada de aspectos que influenciam a avaliação de solvência.

Os aspectos levantados na proposta foram os seguintes:

- a) Sistemas financeiros atuariais, com a inevitável discussão em torno de formação de preço e suas revisões;
- b) Mecanismos de mitigação de riscos, aí incluídos o cosseguro e resseguro;
- c) Impactos econômico e financeiros da regulação, indo desde a inclusão de novos procedimentos no rol obrigatório da ANS até a mera promulgação de novos normativos;
- d) Impactos econômicos e financeiros motivados pela crescente judicialização;
- e) Impactos sociais, que geram impactos políticos, econômicos e financeiros em nível do poder público.

Proposta 3: Alinhamento da regulação brasileira com a experiência internacional.

Alinhamento da regulação com as tendências do Solvência II e, oportunamente do Solvência III, sem perder de vista as iniciativas norte-americanas.

Explicita-se ainda a manutenção de que cada operadora de saúde tenha a faculdade de submeter seu modelo próprio de risco (ou modelo interno), sendo necessária a revisão da IN DIOPE nº 14/2007.

Adesão à proposta da Fenasaúde no sentido de que cada risco seja analisado.

Proposta 4: Proposta encaminhada em 29/novembro/2013, para o email gt.solvencia@ans.gov.br

BY



O escalonamento para a MS do anexo VIII da RN 209/2009 (instituído pela RN 313/2012) é permitido às operadoras dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 03 de julho de 2007 e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001.

A proposta encaminhada é de que este mesmo escalonamento seja estendido às operadoras do setor terciário que iniciaram suas atividades após 19 de julho de 2001, bem como para as demais operadoras que iniciaram suas atividades após 03 de julho de 2007, além das que foram classificadas para o setor terciário ou que venham a adquirir carteira de planos de seguradoras ou de operadoras do segmento terciário cuja data de início de operação seja posterior a 19 de julho de 2001.

Foi argumentado que uma única regra de escalonamento da MS proporcionaria uma concorrência mais justa e leal, posto que as operadoras que não fazem jus a esse parcelamento acabam tendo que ofertar seus produtos com uma contraprestação pecuniária mais elevada para que tenha patrimônio suficiente para atender uma regra que é diversa dos seus concorrentes.

Considerações ANS:

- A proposta 1, referente à redução dos coeficientes, verifica-se que tal proposta foi baseada na pesquisa bibliográfica de regras observadas em outros países.

Outros fatores, além da exigência da MS, também envolve a análise de solvência entre eles, podemos destacar as diferenças e características das coberturas oferecidas, bem como o nível de provisionamento e os tipos de provisões constituídas requeridas por cada país.

No caso do Brasil, verifica-se uma diferenciação na forma de estruturação dos produtos oferecidos quando comparados com outros países (por ex: não há uma limitação de cobertura, a cobertura é universal, impossibilidade de quebra de contrato por parte da empresa no caso de individual, etc) e nos requerimentos atuais de provisionamento (por ex: não há o teste de adequação de passivos). Tais fatores, conforme discutido ao longo das reuniões do GT, influenciam na avaliação de solvência de uma determinada empresa.

Ainda, no caso da regra Européia (Alemanha), em consulta à Diretiva 2002/13 – em vigor para a atual regra (Solvência I), verifica-se uma parcela adicional além da apresentada na fórmula – a Diretiva, na íntegra, é apresentada ao final deste item.

MS



Assim, como o patamar atual de escalonamento de MS não chega a 40% para a grande maioria das operadoras, a proposta desta área técnica é que se mantenham os percentuais vigentes e que os estudos a respeito sejam aprofundados.

- A proposta 2 é similar à proposta de longo prazo da Fenasaúde cujas considerações já foram anteriormente expostas. Ainda quanto à necessidade de discussão acerca dos itens levantados, temos que:

- Os mecanismos de mitigação de riscos já vêm sendo objeto de item específico da agenda regulatória 2013/2014;

- Os diversos impactos da regulação também já vêm sendo objeto de ações da ANS tendo item específico da agenda regulatória 2013/2014 a respeito – implementação da análise de impacto regulatório (AIR). Além disso, cada vez mais a ANS vem utilizando ferramentas como consultas públicas, câmaras técnicas e grupos de trabalho para discutir junto a sociedade a implementação de novos normativos e seus impactos;

- Quanto a sistemas financeiros atuariais, com a inevitável discussão em torno de formação de preço e suas revisões bem como seus impactos na solvência, é necessário que a discussão seja aprofundada em conjunto com a DIPRO devendo fazer parte do escopo da discussão acerca do risco de subscrição.

- A proposta 3 é similar à proposta de longo prazo da Fenasaúde cujas considerações já foram anteriormente expostas.

- Quanto a proposta 4, esta área técnica faz as seguintes observações:

Quando da publicação da RDC 77/2001, esta instituiu 100 % da regra para as operadoras de segmento terciário que iniciassem suas operações após a edição de tal norma. À época, quando da Câmara Técnica, a justificativa, foi de que operadoras de segmento terciário possuíam características semelhantes às SES – que já observavam 100% da MS.

Quando da publicação da RN 160/2007, esta trouxe a necessidade de observação da MS para as demais operadoras. Seguindo a lógica da RDC 77/2001, operadoras que iniciassem suas operações após a edição da norma (03/julho/2007), observariam 100% da regra de MS. Operadoras que iniciaram suas operações em data anterior, fariam jus ao parcelamento de 10 anos. Este parcelamento após a edição da RN 313/2012 foi estendido em mais 5 anos.

Assim, cabe ressaltar que a regulamentação das regras de capital exigidas pela ANS para as SES e demais operadoras sempre considerou a diferença histórica de requerimentos já existentes, além disso, tem buscado igualar as exigências



vigentes para todas as operadoras – tal objetivo só poderá ser alcançado ao fim de 2022 quando finda o prazo concedido para observação integral da MS.

Tal postura é necessária exatamente como forma de preservar o equilíbrio da concorrência entre as operadoras, uma vez que a redução de exigências para operadoras que já estão no patamar de 100% traria vantagem competitiva para estas operadoras à medida que elas poderiam usufruir de uma possível descapitalização - com liberação de exigências já existentes- em detrimento da segurança econômico - financeira que elas já oferecem.

Diretiva EU 2002/13 – Título III – Capítulo I, Seção III, Art. 97 – determinação da margem de solvência exigida para os ramos “não vida”:

“Artigo 97.º - Determinação da margem de solvência exigida para os ramos «Não vida»

1 - A margem de solvência exigida, no que respeita a todos os ramos de seguros «Não vida», é calculada em relação ao montante anual dos prémios ou ao valor médio anual dos custos com sinistros nos três últimos exercícios, devendo o seu valor ser igual ao mais elevado dos resultados obtidos pela aplicação de dois métodos distintos descritos nos números seguintes.

2 - O primeiro método referido no número anterior baseia-se no montante anual dos prémios e corresponde ao valor mais elevado entre os prémios brutos emitidos e os prémios adquiridos e traduz-se na aplicação da seguinte fórmula de cálculo:

- a) Ao volume global dos prémios de seguro directo e de resseguro aceite do último exercício, deduz-se o valor dos impostos e demais taxas que incidiram sobre esses prémios e que foram considerados nas contas de ganhos e perdas da empresa de seguros;
- b) Divide-se o montante assim obtido em duas parcelas, em que a primeira vai até € 50 000 000 e a segunda abrange o excedente, adicionando-se 18 % do valor da primeira parcela e 16 % do valor da segunda;
- c) Multiplica-se o valor obtido nos termos da alínea anterior pela relação existente, relativamente à soma dos três últimos exercícios, entre o montante dos custos com sinistros a cargo da empresa de seguros após a cessão em resseguro e o montante total dos custos com sinistros, não podendo, no entanto, essa relação ser inferior a 50 %.

3 - O segundo dos métodos referidos no n.º 1 baseia-se na média dos valores dos custos com sinistros dos três últimos exercícios e traduz-se na aplicação da seguinte fórmula de cálculo:

- a) Adicionam-se o valor global dos sinistros pagos em seguro directo (sem dedução do valor suportado pelos cessionários ou retrocessionários) e o valor global dos sinistros pagos em resseguro aceite ou em retrocessão referentes aos três últimos exercícios;
- b) Soma-se o montante global das provisões para sinistros em seguro directo e em resseguro aceite, constituídas no último exercício;

MS



- c) Deduz-se o valor global dos reembolsos efectivamente recebidos nos três últimos exercícios;
- d) Deduz-se o valor global das provisões para sinistros em seguro directo e em resseguro aceite, constituídas no início do segundo exercício anterior ao último exercício encerrado;
- e) Divide-se um terço do montante obtido em duas parcelas, em que a primeira vai até € 35 000 000 e a segunda abrange o excedente, adicionando-se 26 % do valor da primeira parcela e 23 % do valor da segunda;
- f) Multiplica-se o valor obtido nos termos da alínea anterior pela relação existente, relativamente à soma dos três últimos exercícios, entre o montante dos custos com sinistros a cargo da empresa de seguros após a cessão em resseguro e o montante total dos custos com sinistros, não podendo, no entanto, essa relação ser inferior a 50 %.

(...)

As percentagens aplicáveis às parcelas referidas na alínea b) do n.º 2 e na alínea e) do n.º 3 serão reduzidas para um terço no que se respeita ao seguro de doença praticado segundo a técnica do seguro de vida se, cumulativamente:

- a) Os prémios recebidos forem calculados com base em tabelas de morbidez;
- b) For constituída uma provisão para envelhecimento;
- c) For cobrado um prémio adicional para constituir uma margem de segurança de montante apropriado;
- d) A empresa puder, o mais tardar até ao final do terceiro ano de vigência do contrato, proceder à sua denúncia;
- e) O contrato prever a possibilidade de aumentar os prémios ou reduzir as prestações, mesmo para os contratos em curso.

9 - Quando a margem de solvência exigida, calculada de acordo com o disposto nos números anteriores, for inferior à margem de solvência exigida do ano precedente, a exigência de margem a considerar deverá corresponder, pelo menos, ao montante resultante da multiplicação da margem de solvência exigida do ano precedente pela relação existente entre o montante das provisões para sinistros, líquidas de resseguro, no final e no início do último exercício, não podendo, no entanto, esse rácio ser superior a um.

10 - Os limiares previstos nas alíneas b) do n.º 2 e e) do n.º 3 são revistos anualmente tendo por base a evolução verificada no índice geral de preços no consumidor para todos os Estados membros publicado pelo Eurostat, e arredondados para um valor múltiplo de € 100 000, sempre que a taxa de variação verificada desde a última revisão seja igual ou superior a 5%."

3. Encaminhamentos sugeridos e Conclusão

Considerando as discussões realizadas ao longo do GT e após a análise das propostas apresentadas, propõe-se os seguintes encaminhamentos:

I- Alteração do anexo VII da RN 209/2009, estendendo até 2022 a regra de transição da MS para as SES;

II- Alteração da IN DIOPE nº 14/2007, incluindo a possibilidade do uso de modelos próprios para as SES, alterações para atualização de referências de regulamentações editadas após a sua publicação bem como a incorporação de alguns requerimentos já estabelecidos pelo Princípio Básico de Seguro nº 17 – Adequação de Capital (ICP 17 – "Capital Adequacy") da Associação Internacional de Supervisores de

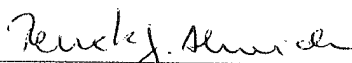
Seguros (IAIS). Cabe ressaltar que as incorporações aqui propostas são as de menor impacto possível. Sendo ainda necessária uma discussão mais aprofundada a respeito, mais adequada no âmbito de um Grupo de Trabalho, para a incorporação na íntegra de todos os padrões estabelecidos por esta ICP e das demais ICPs do IAIS relacionadas à aspectos de solvência;

III- Acatando as propostas apresentadas, criação de grupos técnicos específicos, sob a coordenação de um grupo centralizador, para o aprofundamento de cada um dos riscos envolvidos e identificados (subscrição, operacional, mercado, crédito e legal), a correlação destes e o aprofundamento dos pontos levantados ao longo do Grupo Técnico (por ex: limite de retenção, teste de adequação de passivos, passivo SUS). Requerimentos qualitativos (pilar 2) e requerimentos de divulgação e transparência (pilar3) também precisam ser aprofundados nesta discussão. A coordenação destes grupos teria, pelo menos, até 2022 para a implementação das mudanças a serem estudadas e propostas.

Cabe ainda destacar que para a implementação do encaminhamento anterior (III), seria necessária uma avaliação mais detalhada dos recursos operacionais atualmente disponíveis na ANS. Entende-se por estes recursos pelo menos os enumerados a seguir: os recursos humanos; o conhecimento técnico aprofundado destes recursos humanos; ferramentas computacionais (hardware e software); apoio da informática para a construção e manutenção destas ferramentas; treinamentos especializados; convênios com centros de pesquisa acadêmica; e convênios de colaboração específicos sobre o assunto com outros reguladores (nacionais e internacionais).

Acredita-se que tais ações, proporcionarão uma discussão mais profunda sobre o que seria mais adequado à realidade do mercado e produzirá aperfeiçoamentos graduais de forma que, a partir de 2022, haja a migração para o novo regime de solvência.

Rio de Janeiro, 14 de março de 2014



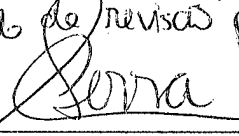
RENATA G ALMEIDA
Especialista em Regulação

De acordo, encaminhe-se à DIRAD, Em 06/05/2014.



WASHINGTON OLIVEIRA ALVES
Gerente de Habilitação, Atuária e Estudos de Mercado

De acordo, encaminhe-se à DIOPE para conhecimento e deliberações cabíveis. Em 15/05/2014. *As alterações normativas aqui propostas serão efetivadas quando de revisão programada do RN 209/2013*



CESAR BRENHA ROCHA SERRA
Diretor Adjunto da DIOPE

De acordo, submeta-se à Diretoria Colegiada para ciência dos trabalhos realizados no GT de Solvência, apreciação quanto às alterações dos normativos relacionados e análise com deliberação quanto ao encaminhamento (III) sobre a criação de uma comissão permanente para o estudo da Margem de Solvência. Em 21/05/2014.



LEANDRO REIS TAVARES
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

ANEXO I – Proposta de alteração da RN 209/2009 e de seu anexo VII da RN 209/2009 – Regra de transição para a Margem de Solvência das Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde (SES)

São apresentadas a seguir as sugestões de alterações para a RN 209/2009:

No Artigo 6º:

Alteração no parágrafo 6º:

§ 6º As Seguradoras Especializadas em Saúde – SES que iniciaram suas atividades antes de 22 de dezembro de 2009, deverão observar integral e mensalmente as regras de margem de solvência, podendo até o prazo de 31 de dezembro de 2022, obedecer a escala de transição disposta no Anexo VII para apuração da margem de solvência exigida.

No anexo VII:

Alteração do item 1:

Até 31 de dezembro de 2022, a Margem de Solvência para as Seguradoras Especializadas em Saúde que iniciaram suas atividades antes de 22 de dezembro de 2009, poderão observar a seguinte formulação:

$$MS = A + 50\%(B-A) + 0,4902\% * X (B-A)$$

Onde :

MS: Margem de Solvência exigida

A : Margem de Solvência equivalente ao maior montante entre os seguintes valores

I – 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma 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 sessenta 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

B: Margem de Solvência equivalente ao montante calculado conforme art. 6º desta resolução

RB

X: Número correspondente ao mês do período de transição, de forma que o mês de julho de 2014 corresponde ao número 1 (um), o mês de agosto de 2014 corresponde ao número 2 (dois), e assim sucessivamente até o mês de dezembro de 2022, que corresponde ao número 102 (cento e dois), em um total de 102 meses consecutivos.

mb

**ANEXO II – Proposta de alteração da IN DIOPE 14/2007 –
Regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação
de cálculo da Margem de Solvência**

São apresentadas a seguir as sugestões de alterações para a IN DIOPE 14/2007:

No Artigo 1º:

Alteração do art. 1º:

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação de cálculo da Margem de Solvência, constante de regulamentação específica, com a utilização de modelo próprio baseado nos riscos das Operadoras de Planos de Saúde.

No Artigo 3º:

Alteração do inciso I:

I – Comprovação da manutenção de Patrimônio Mínimo Ajustado, considerando apenas as deduções estabelecidas na regulamentação específica que define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora e comprovação da constituição integral de todas as Provisões Técnicas estabelecidas na regulamentação específica, sendo estas integralmente lastreadas e vinculadas por ativos garantidores vinculados à ANS conforme estabelecido na regulamentação específica;

Alteração do inciso II:

II – Apresentação de relatório de asseguarção razoável de auditoria independente, elaborado em conformidade com as normas técnicas e profissionais do Conselho Federal de Contabilidade, emitido por auditor registrado na CVM, que assegure a manutenção e a efetividade dos controles internos, a fidedignidade das informações e dados utilizados no modelo próprio baseado nos riscos das Operadoras de Planos de Saúde;

Inclusão do inciso VII:

VII – Comprovação de que nos 2 exercícios anteriores à solicitação de aprovação de metodologia própria prevista no art. 2º, o Parecer Anual de Auditoria Independente sobre as demonstrações contábeis tenha sido sem ressalvas;

ps

Inclusão do inciso VIII:

VIII – Relatório incluindo informações relativas à estratégia de gestão de risco e de capital da companhia e como o modelo está incorporado aos procedimentos de governança, à sua estratégia geral de negócios, aos seus procedimentos operacionais e aos seus processos de risco - “Teste de Uso”. O relatório também deverá assegurar a adequação dos sistemas e controles em vigor para a manutenção, alimentação de dados e os resultados do modelo;

Inclusão do inciso IX:

IX – Relatório contendo as conclusões do “Teste de Qualidade Estatística” incluindo a avaliação da metodologia quantitativa básica do modelo próprio, a demonstração da adequação da metodologia, da escolha dos dados de entrada e dos parâmetros do modelo e a justificativa das hipóteses que apoiam o modelo;

Inclusão do inciso X:

X – Demonstração de que o modelo próprio está apropriadamente calibrado de forma a permitir uma estimativa justa e não tendenciosa, do capital proposto obtido através da utilização do modelo próprio apresentado;

Inclusão do inciso XI:

XI - Termo de Responsabilidade, devidamente assinado pelo responsável da unidade interna de gerência de risco, do atuário, do contador, bem como pelos administradores da Operadora de Planos de Saúde atestando que as premissas e parâmetros utilizados no Modelo Próprio estão incorporados à política de gestão de risco e à realidade operacional da companhia;

Alteração do parágrafo único do art. 3º:

Parágrafo Único: O atendimento das condições previstas nos incisos I a XI não implica na aprovação do modelo próprio baseado nos riscos proposto pela Operadora de Planos de Saúde.

No Artigo 5º:

Alteração do inciso I:

I – manutenção dos requisitos referentes a Recursos Próprios Mínimos e constituições de Provisões Técnicas conforme determinado em regulamentação específica;

MS

Alteração do inciso II:

II – manutenção do Patrimônio Mínimo Ajustado, considerando apenas as deduções estabelecidas na regulamentação específica que define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora e manutenção da constituição integral de todas as Provisões Técnicas estabelecidas na regulamentação específica, sendo estas integralmente lastreadas e vinculadas por ativos garantidores vinculados à ANS conforme estabelecido na regulamentação específica

Alteração do inciso III:

III – envio semestral, de relatório de asseguarção razoável de auditoria independente, elaborado em conformidade com as normas técnicas e profissionais do Conselho Federal de Contabilidade, emitido por auditor registrado na CVM, que assegure a manutenção e a efetividade dos controles internos, a fidedignidade das informações e dados utilizados no modelo próprio baseado nos riscos aprovado. O relatório também deverá envolver as demonstrações contábeis, os mecanismos de controles internos e a qualidade e confiabilidade dos relatórios de gestão interna da Operadora de Planos de Saúde;

Alteração do inciso IV:

IV – Envio anual, em prazo não superior a sessenta dias da data de aniversário da aprovação do modelo próprio baseado nos riscos, de teste de adequação observando os requisitos mínimos constantes no anexo desta Instrução Normativa. Além do teste de adequação, também deverão ser encaminhadas as documentações constantes nas alíneas V a XI do Art. 3º desta Instrução Normativa e a comprovação da permanência do Parecer Anual de Auditoria Independente sobre as demonstrações contábeis sem ressalvas;

Alteração do parágrafo 2º:

§ 2º O envio do relatório de asseguarção razoável de auditoria independente citado no inciso III deste artigo deverá observar os seguintes prazos:

Alteração do inciso parágrafo 3º:

§ 3º A DIOPE poderá determinar, a qualquer tempo, a suspensão dos efeitos de aprovação no caso de inadequação do modelo próprio baseado nos riscos; " *ps*

No Artigo 6º:

Inclusão do parágrafo 3º:

§ 3º O pedido de alteração do modelo próprio baseado nos riscos, deverá vir acompanhado da documentação constante nas alíneas II a XI do Art. 3º desta Instrução Normativa.

No Artigo 7º:

Art. 7º No período em que ainda não tenha obtido a aprovação da DIOPE ou em caso de suspensão dos efeitos da aprovação do modelo próprio baseado nos riscos a Operadora de Planos de Saúde deverá observar o que determina a regulamentação específica para o cálculo da Margem de Solvência.

grb

ANEXO III – Apresentação ENA 2013

Anexa-se a esta nota apresentação realizada pelo atuário Paulo Pereira Ferreira, no 3º Encontro Nacional de Atuária, ocorrido em outubro/2013 na cidade de São Paulo. Tal apresentação refere-se à “Solvência de Operadoras no Brasil” e mostra de forma resumida e didática alguns aspectos relevantes sobre o tema.

mp

Solvência de Operadoras de Saúde no Brasil

ENA 2013

Paulo Pereira Ferreira
Maravilha Atuarial Consultoria

Agenda

- ▣ Tipos de Risco
- ▣ O Risco de Saúde no Brasil
- ▣ O Modelo de Solvência da ANS
- ▣ Modelo Americano de Solvência para Saúde
- ▣ Modelo Europeu de Solvência para Saúde
- ▣ Modelo de Solvência para Saúde em Outros Países
- ▣ O novo Modelo de Solvência para Saúde no Brasil
- ▣ Principais Causas de Insolvência
- ▣ Conclusão

Tipos de Risco

Tipos de Risco

- ▣ Subscrição
 - ▣ Risco da seleção
 - ▣ Risco de precificação
 - ▣ Risco do desenho do produto
 - ▣ Risco dos sinistros (frequência e severidade)
 - ▣ Risco no cenário econômico
 - ▣ Risco de retenção (altos sinistros ou catástrofe)
 - ▣ Risco de comportamento dos segurados
 - ▣ Risco das reservas
- ▣ Crédito
 - ▣ Riscos relacionados à contraparte de uma operação (ressegurador, swaps, etc) ou de um devedor não honrar total ou parcialmente seus compromissos financeiros e/ou a desvalorização dos recebíveis em função da deterioração da classificação de risco

Tipos de Risco

- ▣ Mercado
 - ▣ Risco da taxa de juros
 - ▣ Risco de renda variável ou imóveis
 - ▣ Risco de moeda
 - ▣ Risco de reinvestimento dos ativos
 - ▣ Risco de concentração de investimentos
 - ▣ Risco de ALM
 - ▣ Risco de mudanças de valores de ativos não refletidas no balanço
- ▣ Operacional
 - ▣ Risco de perdas por problemas relacionados a processos internos, pessoas, sistemas ou eventos externos
 - ▣ Risco Legal está incluído, mas os sinistros judiciais estão incorporados no risco de subscrição

Tipos de Risco

- ▣ Liquidez
 - ▣ Risco de indisponibilidade de ativos líquidos quando da liquidação das obrigações
- ▣ Outros Riscos
 - ▣ Risco de estratégia
 - ▣ Risco sistêmico
 - ▣ Risco de reputação
 - ▣ Desonestidade
 - ▣ Risco Político
 - ▣ Liquidez dos acionistas

O Risco de Saúde no Brasil

- ❑ Segmento odontológico possui risco de subscrição muito reduzido, em função da massificação e dos valores reduzidos de benefício
- ❑ Risco de Crédito como um todo é bastante reduzido, pela pouca representatividade do resseguro, podendo ser zero para as empresas que investem somente em títulos públicos
- ❑ No segmento de curto prazo o risco de subscrição é agravado pela incerteza no aumento de custos médicos/hospitares, mas é atenuado pela massificação da carteira. O risco operacional, entretanto, é significativo
- ❑ O risco da Provisão de IBNR, inserido no risco de subscrição é reduzido, devido ao aviso rápido, sendo ainda menor nos planos coletivos

O Risco de Saúde no Brasil

- ❑ Lei 9656 trouxe inúmeros riscos para a operação de saúde, sendo o principal a transformação dos planos individuais em vitalícios, sem reajuste por faixa etária a partir de 60 anos
- ❑ Planos individuais possuem risco de subscrição bastante superior ao dos planos coletivos, em função da incerteza em diversas variáveis no longo prazo. Por ser um produto de longuíssimo prazo, com necessidade de constituição de elevadas provisões técnicas, o risco de mercado também é bastante elevado, até porque não existem ativos disponíveis para fazer hedge
- ❑ Risco Operacional, que inclui o risco legal, é bastante significativo para todos os segmentos na área de saúde, sendo menos importante nos planos de auto gestão e no segmento odontológico, em função dos valores envolvidos
- ❑ Nos planos coletivos o risco é bem inferior que nos planos individuais

O Risco de Saúde no Brasil

- ❑ No segmento de planos pós-pagamento os riscos são bem reduzidos.
- ❑ O principal risco é o de crédito, mas o capital para risco deveria ser calculado não pela expectativa, mas sim pelo desvio padrão
- ❑ A expectativa deveria estar refletida como uma provisão reduzido
- ❑ O risco de subscrição é zero e o risco operacional é muito
- ❑ O risco de mercado também é pequeno, e contempla principalmente o possível descasamento de outros passivos com os ativos
- ❑ A existência de rede própria diminui o risco de subscrição por haver maior controle dos custos
- ❑ Nas cooperativas médicas esse risco é ainda menor
- ❑ O risco operacional por outro lado aumenta por possíveis deficiências na prestação do serviço

O Risco de Saúde no Brasil

- ❑ O risco político é extremamente elevado
- ❑ Estado quer transferir para o setor privado responsabilidades que ele não consegue assumir
- ❑ Os prêmios dos planos individuais são reajustados pela ANS em níveis bem abaixo da inflação médica/hospitalar
- ❑ Novas tabelas de procedimentos são implantadas sem o correspondente aumento nos prêmios
- ❑ Planos coletivos por adesão possuem alto risco de se tornarem vitalícios sem revisão adequada dos prêmios
- ❑ Planos coletivos com menos de 30 beneficiários podem ter dificuldade de aplicação de reajustes no futuro

O Risco de Saúde no Brasil

- ❑ O risco político é extremamente elevado
- ❑ Estado quer transferir para o setor privado responsabilidades que ele não consegue assumir
- ❑ Os prêmios dos planos individuais são reajustados pela ANS em níveis bem abaixo da inflação médica/hospitalar
- ❑ Novas tabelas de procedimentos são implantadas sem o correspondente aumento nos prêmios
- ❑ Planos coletivos por adesão possuem alto risco de se tornarem vitalícios sem revisão adequada dos prêmios
- ❑ Planos coletivos com menos de 30 beneficiários podem ter dificuldade de aplicação de reajustes no futuro

O Modelo de Solvência da ANS

Critério Legal de Avaliação da Solvência da ANS

- ☐ Margem de Solvência
- ☐ Resolução RN 209/2009 e suas alterações
 - Mínimo entre 20% dos prêmios (média do último ano) e 33% dos sinistros (média dos 3 últimos anos)
 - Seguradoras possuem uma regra de transição até dezembro de 2017, enquanto que as demais operadoras possuem uma regra mais flexível até dezembro de 2012, onde em 2013 constituem somente 35% dessa regra
 - Planos de pós-pagamento constituem somente 50% dessa regra, podendo ser substituído pelo percentual de inadimplência, limitado ao mínimo de 10%
 - Permitido o uso de modelo próprio contemplando todos os riscos

Critério Legal de Avaliação da Solvência da ANS

- ☐ Patrimônio Líquido Ajustado
- ☐ Resolução RN 209/2009 e suas alterações e IN 50
 - No mínimo o valor aproximado de R\$ 6 milhões atualizado anualmente pelo IPCA, multiplicado por um fator redutor em função do segmento de atuação
 - Autogestão com um regime especial de constituição até o final de 2013
 - As regras de apuração do Patrimônio Líquido Ajustado são mais flexíveis do que as da Susep

O Modelo Americano de Solvência para Saúde

Modelo Americano de Solvência para Saúde

- ☐ RISK BASED CAPITAL – RBC definido pela NAIC
- ☐ Modelo baseado em fatores, segmentados em diversos riscos, aplicados a valores determinados (prêmios, provisões, etc.)
- Os riscos são agregados a partir de uma matriz de correlação, porém bem simplificada, com correlações iguais a 1 ou zero
- ☐ Cada Estado define um modelo para determinar o nível de supervisão em função da deficiência encontrada
 - Nenhuma ação é tomada somente se o nível de solvência é superior a 200%. Em alguns Estados a supervisão é acionada quando o nível de solvência se encontra entre 200% e 300%, mas com índice combinado superior a 105%
- ☐ ORSA (*own risk solvency assessment*) ainda em estágio de implementação
- ☐ Estudos sendo feitos para aprimorar o modelo, incluindo os riscos de catástrofe e operacional

Modelo Americano de Solvência para Saúde - Fórmula

- ☐ H0 Insurance affiliate investment and (non-derivative) off-balance sheet risk
- ☐ H1 Invested asset risk
- ☐ H2 Insurance risk
- ☐ H3 Credit risk (health provider, reinsurance, misc. receivables)
- ☐ H4 Business risk (health administrative expense risk, guaranty fund assessment risk, excessive growth)

$$RBC = H0 + [(H1)^2 + (H2)^2 + (H3)^2 + (H4)^2]^{1/2}$$

O Modelo Europeu de Solvência para Saúde

Modelo Europeu de Solvência para Saúde

- ⊛ A base ainda é o modelo Solvência I, muito parecido com o modelo atual da ANS
- ⊛ Perseguido a convergência para o modelo de Solvência II, com vários testes já realizados
- ⊛ O nível de segurância deve ser de 99,5% na medida de risco Var
- ⊛ A demora na implantação do Solvência II fez com que vários países fizessem adaptações ao modelo Solvência I
- ⊛ A implantação deve ocorrer somente em 2016/2017

Modelo Europeu de Solvência para Saúde – Solvência II

- ⊛ Risco de Subscrição
 - Para Longo Prazo, diversos cenários de stress realizados em relação aos seguintes sub-riscos, com a devida correlação entre eles
 - Prémio
 - Provisão
 - Cancelamento
 - Mortalidade
 - Longevidade
 - Despesas
 - Morbidade – Aumento nos custos
 - Catástrofe
 - Para Curto Prazo, aplicação de fatores a Prémios e Provisões e cenário de stress no cancelamento

Modelo Europeu de Solvência para Saúde – Solvência II

- ⊛ Risco de Crédito
 - Separa os ativos em ativos do tipo 1 e do tipo 2 em função da existência ou não de "rating"
 - Capital é definido em função das probabilidades de "default", da exposição e da variância das perdas esperadas

Modelo Europeu de Solvência para Saúde – Solvência II

- ⊛ Risco de Mercado
 - Diversos cenários de stress sendo feitos em relação aos seguintes sub-riscos aplicados ao NAV (*Net Asset Value*)
 - Taxa de Juros
 - Renda Variável
 - Imobiliário
 - Concentração
 - Cambial
 - Variação de Spreads em Relação a Taxa Livre de Risco

- ⊛ Risco Operacional
 - Valor mínimo entre 30% do capital dos demais riscos e uma fórmula baseada em fatores aplicados a prémios e provisões
 - Susep utilizou o mesmo modelo com fatores reduzidos

Modelo de Solvência em Outros Países

- ⊛ A grande maioria dos países está utilizando o modelo de supervisão de solvência baseada em risco ou em vias de implantação, com possibilidade de uso de modelos internos

CHILE

- ⊛ Modelo baseado em risco, com pilar 2 implantado este ano
- ⊛ QIS 1 em final de execução
- ⊛ Fórmula final de capital em fase de calibragem. Fórmula atual semelhante ao Solvência I

MEXICO

- ⊛ Modelo similar ao Solvência II foi implantado em Dezembro/2012
- ⊛ Período de transição de 2 anos

Modelo de Solvência em Outros Países

- CHINA
 - Desenvolvendo novo modelo baseado em risco
 - Primeiros estudos esperados para início de 2014
- JAPÃO
 - Acaba de aumentar o nível de segurança para 95%
 - Risco baseado em grupo acaba de ser implantado
- COREIA
 - Modelo baseado em risco implantado em 2011
 - Uso de modelos internos permitido a partir de 2013

Modelo de Solvência em Outros Países

- ARGENTINA
 - Ainda usando um modelo semelhante ao Solvência I, com fatores inferiores aos do Brasil
 - Não há prioridade para implantação de modelo baseado em risco
- CANADÁ
 - Modelo baseado em fatores aplicados aos diversos riscos e com projeções de ativos e passivos sujeitos a diversos cenários de taxas de juros

Modelo de Solvência em Outros Países

- SUIÇA
 - Utiliza o SST (Swiss Solvency Test), onde ativos e passivos são trazidos a valor presente a partir de cenários extremos
 - Os resultados negativos projetados nos cenários extremos determinam a necessidade de capital
 - Modelos internos devem ser realizados se o modelo padrão oferecido não for adequado
 - O nível de segurança é 99%

Novo Modelo de Solvência - Desafios

- O mercado de saúde é extremamente heterogêneo no que tange aos riscos assumidos e um novo modelo deve refletir isto
- Qualquer modelo de solvência pressupõe que as Provisões Técnicas estão adequadas e esta não é a realidade para Saúde. Além disso, os modelos regulatórios de solvência normalmente utilizam fatores aplicados às Provisões Técnicas
- Algumas Provisões não são exigidas, apesar de necessárias: Provisão de Insuficiência de Prêmios (também chamada de PCC) e Provisão Matemática de Remissão a Conceder
- O nível atual de provisionamento é inadequado e ainda está sendo escalonado
- O TAP é uma exigência do IFRS, mas não foi implantado pela ANS

O Novo Modelo de Solvência da ANS

Novo Modelo de Solvência - Desafios

- A constituição de Provisões Técnicas para as insuficiências esperadas no longo prazo vai fazer emergir o risco de mercado, já que não existem ativos financeiros para prazos mais longos
- Outros passivos deveriam ser constituídos, como o *default* esperado dos planos pós-pagamento
- A margem de solvência atual é reduzida para alguns segmentos e ainda está sendo constituída de forma escalonada, com regra desigual entre seguradoras e outras operadoras
- Para alguns segmentos a margem de solvência atual é exagerada
- Um novo modelo deve elevar a margem de solvência média, pois segundo os estudos da Susep, o fator aplicado sobre os prêmios é superior a 20% para todos os ramos de seguros, somente para o risco de subscrição

Novo Modelo de Solvência - Desafios

- ❑ A diversificação de risco entre produtos é pequena na área de saúde, mas as seguradoras de saúde possuem bastante diversificação com as outras operações de seguros e com as outras empresas do grupo
- ❑ Como incorporar o risco político no modelo de solvência?
- ❑ Uma grande parte das operadoras está insolvente e a ANS ainda permite que novas vendas sejam realizadas, aumentando o tamanho do problema
- ❑ O tempo para elaborar um modelo regulatório baseado em risco é muito grande. A Susep começou seu novo modelo há mais de 7 anos e somente no final deste ano estará completo

Novo Modelo de Solvência - Sugestões

- ❑ Dada a grande heterogeneidade do mercado e o elevado tempo para fazer um modelo mais preciso, a ANS poderia alterar imediatamente o modelo atual, adotando um modelo simplificado e provisório que refletisse mesmo que de forma subjetiva a diferença entre os diversos segmentos
 - ❑ Esse modelo poderia manter a mesma proporção média atual (20% dos prêmios), mas com percentuais diferenciados para cada tipo de operação
 - Planos de pós-pagamento, por exemplo não deveriam constituir 50% do capital de pré-pagamento, pois os riscos são muito inferiores
 - ❑ Concomitantemente à elaboração de novas regras de solvência baseadas em risco, a ANS deveria rever as regras de constituição das Provisões Técnicas, exigir a elaboração do TAP e rever o plano de contas para alguns passivos ainda não constituídos

Novo Modelo de Solvência - Sugestões

- ❑ Uma opção ao modelo provisório é adotar o modelo da Susep para os riscos de crédito, mercado e operacional e desenvolver estudos somente para o risco de subscrição
 - ❑ O modelo de risco de mercado que está sendo elaborado pela Susep é totalmente adequado para o mercado de saúde
 - ❑ O modelo de risco operacional é ainda insuficiente, mas tem um arcabouço de banco de dados que vai torná-lo bastante robusto e totalmente adequado para o mercado de saúde
 - ❑ O modelo de risco de crédito é facilmente adaptável, precisando somente calibrar o fator para os créditos dos planos de pós-pagamento
 - ❑ Para o risco de subscrição poderia ser adotado provisoriamente, enquanto os estudos não se completam, estudos realizados pelas próprias seguradoras, as quais já produzem modelos internos

Novo Modelo de Solvência - Sugestões

- ❑ A ANS deveria fazer um convênio com a Susep para utilizar os profissionais da Susep nos estudos internos e não somente como membros da comissão de solvência
 - ❑ A experiência da Susep nessa área é muito grande e vai acelerar o processo de implantação do novo modelo

Novo Modelo de Solvência - Sugestões

- ❑ O nível de ruína aceitável deve ser amplamente discutido, permitindo um nível mínimo razoável de solvência, que permita dar solidez ao mercado, sem comprometer sua margem de lucratividade. Por exemplo, para uma distribuição Normal, supondo o modelo de VAR:
 - ❑ A diferença de capital entre a probabilidade de ruína de 1% e de 0,5% é de 11%
 - ❑ A diferença de capital entre a probabilidade de ruína de 1% e de 0,05% (equivalente ao rating AA) é de 41%
 - ❑ A diferença de capital entre a probabilidade de ruína de 1% e de 0,005% (equivalente ao rating AAA) é de 66%

Novo Modelo de Solvência - Sugestões

- ❑ Para evitar conservadorismo, é possível construir um modelo que incorpore os resultados positivos, reduzindo a necessidade de capital
 - ❑ Todas as receitas e despesas devem ser projetadas
 - ❑ Segmentos com baixo *combined ratio* poderão ter necessidade de capital bem reduzida
 - ❑ Segmentos com elevado *combined ratio* não terão aumento de capital, caso o TAP seja realizado e a PCC seja constituída
 - ❑ O modelo da Susep não usa esse conceito e considera somente as flutuações da sinistralidade e da DA acima da média
- ❑ O conceito de capital de grupo deve ser amplamente discutido e perseguido, pois atenua bastante a necessidade de capital para empresas pertencentes a grupo, com destaque para as seguradoras