



**PROCESSO Nº: 33910.024114/2017-98**

**NOTA TÉCNICA Nº 3/2017/DIOPE**

**Assunto:** Análise Preliminar de Impacto Regulatório – Teste de Adequação de Passivos

Prezado Senhor Diretor-Adjunto,

## **I. Introdução**

---

Na saúde suplementar, as operadoras captam recursos, na forma de contraprestações pecuniárias, para a garantia de serviços de assistência à saúde. Como o ciclo é reverso, caso a operadora não administre corretamente os recursos captados, pode não ser capaz de prover a cobertura contratada quando o beneficiário necessitar. A fim de garantir a adoção de condutas prudentes na gestão, o regulador estabelece regras de conduta, que implicam a manutenção de ativos e capital para garantia dos riscos previstos e das oscilações não previstas.

Há interdependência entre as garantias financeiras exigidas, que visam garantir os riscos previstos, e as patrimoniais, que visam garantir os riscos não previstos, de modo que a constituição inadequada de qualquer uma afeta a probabilidade de insolvência de uma operadora. O aperfeiçoamento das regras de solvência no setor de saúde suplementar implica, portanto, tanto uma revisão das regras de capital quanto das regras de garantia financeira.

Por essa razão, previu-se a retomada das discussões sobre a adoção do teste de adequação de passivos (TAP) na saúde suplementar na Comissão Permanente de Solvência – CPS. O teste, recomendado no princípio contábil (CPC) 11, é um meio de aferir a adequação das provisões técnicas constituídas. Embora a ANS tenha adotado a maior parte dos princípios contábeis afeitos ao setor de saúde suplementar, preferiu, inicialmente, não adotar o CPC 11 por não haver análise do impacto de instituir a obrigatoriedade do teste.

Para avançar na discussão sobre a adoção do teste, portanto, o primeiro passo é avaliar o impacto de sua adoção e analisar as alternativas possíveis. Foi realizado questionário sobre a realização do teste, que proveu informações adicionais às captadas por meio do questionário de riscos, realizado em 2015. Com base nas informações coletadas, é possível traçar cenário-base. As respostas das operadoras aos dois questionários, bem como os dados apresentados nas demonstrações contábeis, mostram que poucas operadoras constituem provisões técnicas além das instituídas pela ANS e que também são poucas as que realizam o teste. Em face desse cenário, foram traçadas algumas alternativas.

A recomendação do CPC 11 é que seja reconhecida no resultado a deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro por meio do teste. Essa é uma das alternativas consideradas, mas que, a princípio, pode ter grande impacto regulatório. As outras alternativas foram formuladas com o intuito de reduzir eventual impacto para as operadoras. São elas:

- Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras, estabelecendo prazo de escalonamento para que esses resultados sejam incorporados às demonstrações financeiras;
- Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras;
- Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC;
- Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais como a provisão para eventos ocorridos e não avisados realizados na rede pública de saúde em beneficiários de planos de saúde (PEONA/SUS) e a provisão para insuficiência de contraprestações (PIC), determinando-se um prazo de escalonamento para constituição total dessas provisões e a divulgação em nota explicativa nos primeiros anos;
- Não fazer nada.

As alternativas de escalonamento da incorporação dos resultados do TAP nas demonstrações financeiras e de divulgação nas notas explicativas visam garantir que as operadoras realizem o teste, mas diminuir seus efeitos sobre os resultados econômico-financeiros apresentados nas demonstrações contábeis. Obrigar as operadoras a constituírem algumas provisões cujos valores podem ser relevantes e que ainda não são constituídas é considerada solução alternativa à realização do teste porque teria o efeito de assegurar que os riscos previstos estejam provisionados. Já a alternativa de não fazer nada deve ser sempre contemplada pelo regulador, pois, ainda que não corrija o problema, também não resulta em custos ou impactos adicionais.

Esta nota é um relatório preliminar de impacto regulatório. O problema, os atores atingidos e as alternativas que estão sendo consideradas pelo órgão regulador são apresentados. O objetivo é tornar público para o setor regulado e demais agentes interessados o entendimento da Agência sobre o problema e as opções que estão sendo consideradas para, assim, colher subsídios para a análise de impacto regulatório e a tomada de decisão.

## II. O Problema

### II.1 Contextualização

Na saúde suplementar, as operadoras captam recursos, na forma de contraprestações pecuniárias, para a garantia de serviços de assistência à saúde. Como o ciclo é reverso, caso a operadora não administre corretamente os recursos captados, pode não ser capaz de prover a cobertura contratada quando o beneficiário necessitar.

Para o beneficiário ou contratante de plano de saúde, é difícil avaliar as condições financeiras e a solvência de uma operadora de plano de saúde. Por essa razão, o Estado determina padrões mínimos e regras de conduta concernentes à administração econômico-financeira a fim de minimizar os riscos de que operadoras que não tenham condições de prover os serviços contratados mantenham-se atuando.

As regras prudenciais podem ser divididas em dois grupos: garantias patrimoniais, concernentes às regras de capital, que determinam a manutenção de recursos mínimos para fazer face a oscilações não previstas nas despesas ou receitas; garantias financeiras, que visam cobrir os riscos previstos da operação. Como afirmado anteriormente, há interdependência entre esses dois grupos, de forma que, se as provisões que visam garantir os riscos previstos não estiverem adequadamente constituídas, ainda que o capital esteja, a operadora estará sob o risco de insolvência. Paralelamente, se as provisões estiverem adequadamente constituídas, mas o capital não for suficiente para contrabalançar eventuais oscilações não previstas nas receitas ou despesas, a operadora pode tornar-se insolvente.

Tanto as regras de capital quanto as de garantias financeiras foram estabelecidas, inicialmente pela RDC 77, de 2001 e posteriormente modificada pelas RN 14, de 2002 e RN 57, de 2003. Em 2007, a RN 160 revogou a RDC 77 e estabeleceu novas regras referentes às provisões técnicas e à constituição de capital. Esta RN foi revogada pela RN 209, de 2009, que permanece em vigor no que concerne às regras de capital. A RN 393, de 2015, modificou as regras relativas à constituição de provisões técnicas.

A trajetória da regulação referente a garantias financeiras e capital da ANS foi influenciada pela preocupação em estabelecer regras que trouxessem mais segurança ao setor, mas não resultassem em impacto demasiado relacionado a barreiras regulatórias e viabilidade das atividades das operadoras já em atuação. Provisões foram adotadas gradualmente, e a constituição da provisão para eventos ocorridos e não avisados e a própria constituição da margem de solvência foram escalonadas.

Em face do desenvolvimento do setor ao longo do período regulado e, considerando a necessidade de revisão das regras prudenciais, desde 2013, inicialmente com um grupo temporário e, posteriormente, com uma comissão permanente, a ANS está trabalhando para o aperfeiçoamento das regras de capital no setor de saúde suplementar. Contudo, ainda que o capital esteja corretamente definido, se as obrigações, incluídas as provisões técnicas, não estiverem adequadamente reportadas no balanço patrimonial, o capital pode parecer ser suficiente para atender à exigência regulatória e ao necessário para continuidade da atividade da operadora, mas não o ser.

### II.1 Identificação e magnitude

Há indícios de que as provisões obrigatórias estabelecidas no setor (provisão para eventos ocorridos e não avisados, excluídos os eventos realizados na rede pública e que as operadoras devem ressarcir, e provisão para eventos e sinistros a liquidar) não abarcam todos os riscos previstos. Riscos como o de o prêmio não ser suficiente para custear todas as despesas relacionadas ao beneficiário e de o beneficiário ter utilizado o sistema público de saúde e a operadora ainda não ter conhecimento dessa utilização não estão provisionados pela maior parte das operadoras.

Poder-se-ia supor que, independentemente das regras estabelecidas pelo regulador, as operadoras constituiriam todas as provisões necessárias para a sustentabilidade de sua atividade. Nesse caso, considerando-se os diversos riscos previsíveis que as operadoras enfrentam, seria esperado observar-se a constituição de provisões não obrigatórias por parcela relevante do setor. Nas tabelas 1 e 2, abaixo, são apresentadas a quantidade de operadoras que constituem provisões, de acordo com o tipo de provisão. Observa-se que a quantidade de operadoras que constituem provisões não obrigatórias é pouco significativa, sejam operadoras médico-hospitalares, sejam operadoras odontológicas.

Provisão	Quantidade de Operadoras que a constituem
PESL (não SUS)	738
PEONA	696
Remissão	174
PIC	4
Outras provisões	6

Fonte: DIOPS/ANS (dez/2016)

Tabela 2 – Operadoras que contabilizaram provisão relativa à operação odontológica, de acordo com o tipo de provisão

Provisão	Quantidade de Operadoras que a constituem
PESL (não SUS)	279
PEONA	80
Remissão	7
PIC	1
Outras provisões	1

Fonte: DIOPS/ANS (dez/2016)

Poder-se-ia argumentar que as operadoras não constituem provisões além das regulamentadas porque todos os riscos previstos seriam abrangidos por aquelas. Sendo essa hipótese verdadeira, seria esperado que tanto a sinistralidade (despesas assistenciais, incluídas as provisões divididas pelas receitas com contraprestações) quanto o índice combinado (soma das despesas assistenciais, administrativas e comerciais, dividida pelas receitas com contraprestações) fosse menor que um. Contudo, para uma quantidade relevante de operadoras, como pode ser observado na tabela 3, abaixo, ambos os indicadores, mas especialmente o índice combinado, é maior que um.

Tabela 3 – Percentual de operadoras que apresentaram sinistralidade e índice combinado maior que a unidade

	Sinistralidade		Índice Combinado	
	Qtidade de observações	% maior que 1	Qtidade de observações	% maior que 1
<b>Dez/2016</b>				
<b>Operadoras médico-hospitalares</b>	733	6,82%	733	43,79%
<b>Operadoras odontológicas</b>	273	0,73%	273	44,69%
<b>Jun/2017*</b>				
<b>Operadoras médico-hospitalares</b>	712	7,02%	723	39,70%
<b>Operadoras odontológicas</b>	62	0	62	27,42%

Fonte: DIOPS/ANS

\*As operadoras odontológicas de pequeno porte não são obrigadas a enviar o DIOPS no segundo trimestre.

Os dados apresentados indicam haver subprovisionamento no setor e ser a magnitude desse subprovisionamento relevante. Poucas operadoras tomam a iniciativa de constituírem todas as provisões que seriam indicadas para a gestão prudente de seu negócio.

Em 2015, as operadoras foram questionadas, sobre a avaliação atuarial e o acompanhamento econômico de seus planos no questionário de riscos<sup>[1]</sup>. Mais de 82% afirmaram que avaliam e acompanham todos os seus planos. Poucas, contudo, o fazem por meio do teste de adequação de passivos, pois apenas 18 de 392 respondentes afirmaram realizar o teste quando questionadas por meio do questionário sobre a realização de teste de adequação de passivos. E apenas 13 destas 18 têm o teste auditado.

Assim, de um lado, os dados indicam haver subprovisionamento no setor. Do outro lado, as operadoras afirmam que monitoram o desempenho de seus planos, o que diminuiria o risco de desequilíbrios econômico-financeiros que poderiam ser previstos provocarem situações de insolvência. Esse monitoramento, contudo, de acordo com as próprias operadoras, não é feito por meio de teste de adequação de passivos.

### II.3 Evolução esperada do problema

A tendência demográfica de envelhecimento populacional afetará os riscos assumidos pelas operadoras de planos de saúde. Maiores tendem a ser as necessidades assistenciais à medida que se envelhece, tudo o mais constante. As variações das contraprestações por mudança de faixa etária podem não ser suficientes para contrapor esses aumentos, o que implicaria a necessidade de provisionamento. Paralelamente, outros fatores que limitam os reajustes das contraprestações, mas não o crescimento dos eventos, podem gerar desequilíbrios para os quais seria recomendável estar-se provisionado.

Outro fator que tende a agravar o problema é a maior abrangência e eficiência da cobrança dos valores devidos pelas operadoras relacionados ao ressarcimento ao SUS. Atualmente, não é constituída provisão para os eventos ocorridos e não avisados realizados em beneficiários na rede pública de saúde. Isso significa que há um passivo esperado que, para algumas operadoras, pode impactar no resultado econômico-financeiro, que não está sendo provisionado. Recentemente, a ANS iniciou a cobrança de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, o que aumenta o montante devido, ainda não avisado, para a maior parte das operadoras. Se, contudo, a ANS continuar a aperfeiçoar seus processos, diminuindo o tempo entre a ocorrência do evento e a identificação, o problema pode diminuir.

### III. Atores atingidos

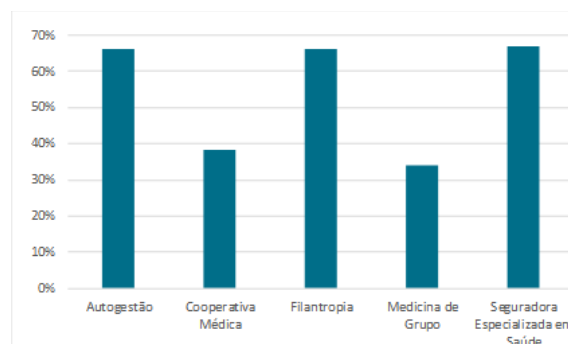
São três os principais atores atingidos pelo problema: as operadoras de planos de saúde, os beneficiários e o órgão regulador. Nesta seção, descrever-se-á como cada um desses atores é atingido.

**Operadoras:** O subprovisionamento põe em risco a continuidade da atividade das operadoras. Seria, portanto, interesse das operadoras calcular corretamente suas provisões. Há duas razões, contudo, pelas quais podem não o fazer. A primeira é a ausência de dados ou recursos. Operadoras que atuam em escala reduzida podem não ter massa de dados adequada, considerando apenas seus beneficiários, para calcular todos os riscos de suas atividades. Nesses casos, o estabelecimento de regras gerais pelo regulador, baseadas no comportamento médio do setor, pode auxiliá-las a melhor gerirem seus negócios.

A segunda razão é a adoção de comportamento que sobrevalorize os resultados presentes em detrimento da continuidade das operações. Em muitos casos, os gestores são avaliados pelos resultados em curto prazo, o que os incentiva a adotar comportamentos arriscados, mas que trazem maior retorno. Provisões são passivos, afetando negativamente os resultados das demonstrações financeiras. Além disso, o aumento das provisões aumenta a necessidade de manter ativos.

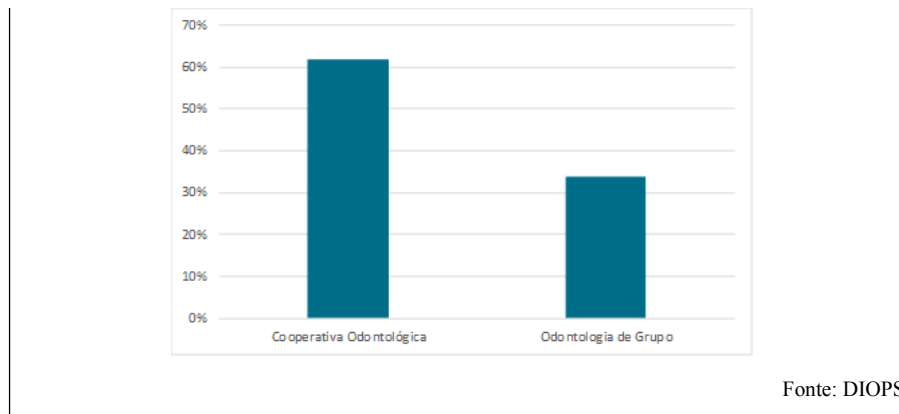
A atividade das operadoras de planos de saúde é exercida de diferentes formas conforme a modalidade da operadora de plano de saúde. Um meio de verificar, inicialmente, como o problema atinge cada modalidade é verificar a proporção de operadoras para as quais o índice combinado é superior a um. Nesses casos, as despesas operacionais foram maiores que as contraprestações. Nos gráficos 1 e 2, abaixo, é apresentada a proporção de operadoras para as quais o índice combinado é superior a 1, de acordo com a modalidade. Observa-se que para mais de 60% das autogestões, filantrópicas, seguradoras e cooperativas odontológicas, o total das despesas é maior que das contraprestações.

Gráfico 1 – Proporção de operadoras médico-hospitalares cujo índice combinado é maior que 1, de acordo com a modalidade (dez/2016)



Fonte: DIOPS

Gráfico 2 – Proporção de operadoras odontológicas cujo índice combinado é maior que 1, de acordo com a modalidade (dez/2016)



Como relatado acima, a não constituição da PEONA/SUS pode também significar risco considerável e previsível que não está sendo provisionado. Nesse caso, também, nem todas as operadoras têm o mesmo risco, que está relacionado com o atendimento de beneficiários na rede pública. Considerando-se todas as identificações de avisos de internação e de realização de procedimento ambulatorial de alta complexidade na rede pública para as quais já havia guia de recolhimento da União (GRU) emitida e cujos procedimentos a que se referiam ocorreram em 2014, observa-se que a soma dos valores associados à realização de procedimentos em beneficiários na rede pública equivaleu a 0,54% do total das despesas assistenciais de 2014 para as autogestões e a 0,24% para as seguradoras, como pode ser observado na tabela 4, abaixo.

Tabela 4 – Proporção das despesas assistenciais a que equivale o valor total de procedimentos identificados realizados na rede pública de saúde em beneficiários de planos de saúde, de acordo com a modalidade (dados referentes a 2014)

Modalidade	Procedimentos identificados na rede pública/Despesa Assistencial
<b>Autogestão</b>	0,54%
<b>Cooperativa médica</b>	0,49%
<b>Filantropia</b>	0,27%
<b>Medicina de grupo</b>	0,44%
<b>Seguradora especializada em saúde</b>	0,24%

Fonte: DIOPS e GEPIN/ANS

**Beneficiários:** Considerando-se que a não constituição adequada das provisões aumenta o risco de operadoras tornarem-se insolventes e, assumindo a premissa de que os beneficiários não conseguem identificar quais operadoras constituem adequadamente as provisões e quais não o fazem, beneficiários correm risco de estar vinculados a operadora cujas atividades não sejam sustentáveis ou de contratar planos cuja cobertura não será provida no momento em que precisarem.

Os prejuízos para os beneficiários de estarem vinculados a operadora que se torne insolvente são bem conhecidos: dificuldades para acesso a procedimentos contratados; nos casos mais graves, interrupções de tratamento; busca por operadoras para as quais possam exercer portabilidade de carências.

Embora todos os beneficiários de uma operadora insolvente sejam atingidos por essa condição, o impacto difere de acordo com características do beneficiário e da operadora. Beneficiários que não têm problemas de saúde são menos afetados pelo impacto na assistência e podem procurar com maior tranquilidade outra operadora para a qual possam portar carências. A localização da operadora e do beneficiário também afeta o impacto no último da insolvência. Se estiverem em uma localidade na qual há grande oferta de planos de diferentes operadoras, há mais facilidade para adquirir novo plano de saúde, limitando-se os prejuízos.

Como visto no item acima, alguns indicadores podem ser usados para inferência inicial sobre a quantidade de operadoras atingidas, mas a falta de divulgação dos resultados das avaliações sobre a adequação das provisões não permite estimar com precisão as operadoras atingidas. A estimativa da quantidade de beneficiários atingidos depende da estimativa das operadoras atingidas. Com os dados disponíveis, a incerteza sobre qualquer estimativa de beneficiários seria muito grande, razão pela qual se opta por não a realizar.

**Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:** é competência da ANS estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde (inciso XLII do art. 4º da Lei 9.961/2000). O

exercício dessa competência tem como fim diminuir a probabilidade de insolvência das operadoras de planos de saúde. É, assim, que a Agência, como afirmado anteriormente, estabelece regras relacionadas à garantia dos riscos previstos e não previstos.

No exercício dessa competência, a ANS pode incorrer em dois tipos de erro:

I – Estabelecer exigências acima do que seria necessário para que a probabilidade de insolvência fosse reduzida a níveis pré-determinados pelo regulador;

II – Estabelecer exigências abaixo do que seria necessário para que a probabilidade de insolvência fosse reduzida a níveis pré-determinados pelo regulador.

No primeiro caso, impor-se-ia condições por demais restritas, que tenderiam a diminuir o retorno das operadoras, aumentar os preços dos produtos comercializados e reduzir a entrada de agentes no setor. No segundo caso, permitir-se-ia a atividade de operadoras cuja probabilidade de insolvência é maior do que aquela estabelecida pelo regulador para permanência no setor. Os beneficiários confrontar-se-iam com maior risco de vincular-se a produtos cuja assistência pode estar prejudicada.

A hipótese assumida nesta nota é de que, atualmente, as regras estabelecidas levam à ocorrência do erro tipo II. Como não existe a obrigatoriedade das operadoras reportarem os resultados dos testes que realizam – quando realizam – sobre a adequação de seus passivos, não é possível verificar se essa hipótese é correta ou qual a magnitude do problema. O desconhecimento do tamanho do subprovisionamento e qual operadoras atinge é, por si, um problema para o regulador, cuja capacidade de ação preventiva fica limitada.

#### **IV. Alternativas em consideração**

Exposto o problema e quais atores atinge, passa-se à consideração das alternativas estudadas pela ANS. As três alternativas iniciais referem-se à implementação do teste de adequação de passivos no setor de saúde suplementar. As alternativas, como exposto anteriormente, são:

- Obrigar a realização de teste de adequação de passivos, sendo reconhecidas eventuais deficiências no valor do passivo por contrato de seguro no resultado;
- Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras, estabelecendo prazo de escalonamento para que esses resultados sejam incorporados às demonstrações financeiras;
- Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.

Como visto anteriormente, quase 83% das operadoras informaram avaliar atuarialmente e acompanhar o desempenho econômico-financeiro de todos os seus planos, mas apenas 18 operadoras realizam teste de adequação de passivos, sendo que apenas 13 destes são auditados. É provável que a avaliação atuarial realizada pela maior parte das operadoras seja menos rigorosa que o teste de adequação de passivos, como descrito no CPC 11.

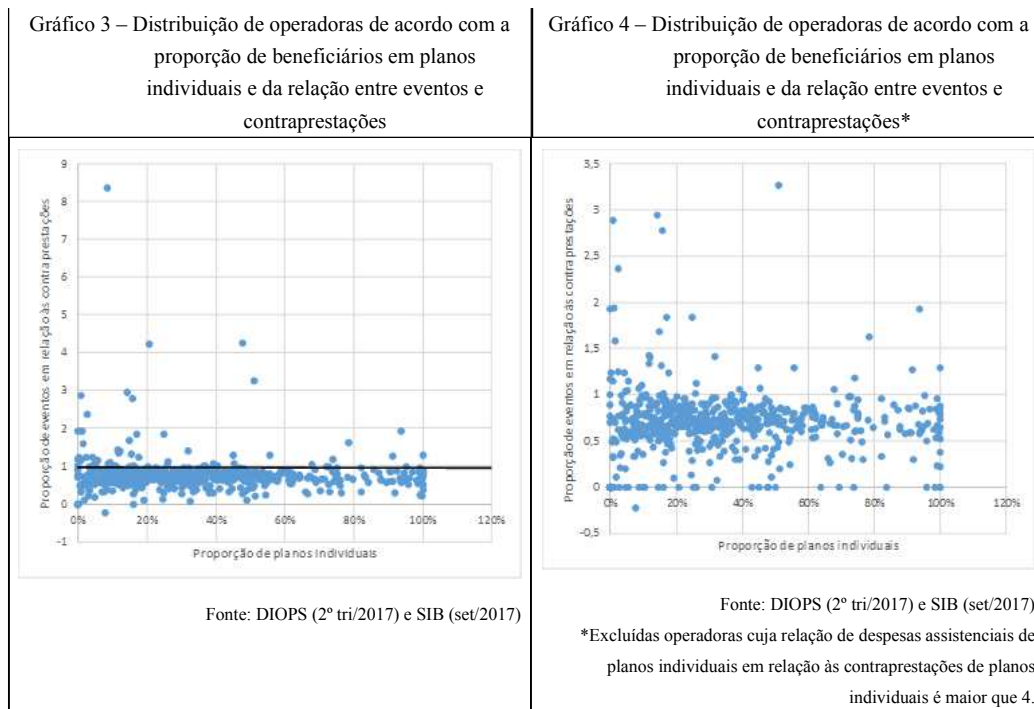
Para operadoras que comercializam ou já comercializaram planos médico-hospitalares individuais/familiares, o teste pode ter grande impacto em seus resultados, já que esses contratos são de longo prazo – não há prazo previsto para seu término e, mesmo em face de desequilíbrios, não é possível o rompimento unilateral pela operadora. Além disso, os reajustes das contraprestações são controlados pela ANS.

A primeira alternativa considerada, portanto, poderia impactar negativamente os resultados de parte das operadoras médico-hospitalares e, eventualmente, desestimular a comercialização de planos individuais ou aumentar os valores das contraprestações. Para avaliar o impacto dessa medida seria preciso conhecer a importância dos planos médico-hospitalares individuais na carteira de cada operadora, o desempenho desses planos no presente e a perspectiva de desempenho futuro.

Alguns dados podem ser usados como indicativos da quantidade de operadoras que seriam atingidas por essa alternativa. Nos gráficos 3 e 4, abaixo, cada operadora que comercializa planos médico-hospitalares é representada por um ponto. Suas posições são estabelecidas pela proporção de beneficiários em planos individuais em relação ao total de beneficiários em planos médico-hospitalares da operadora (eixo horizontal) em setembro de 2017 e pela proporção dos eventos assistenciais referentes a planos médico-hospitalares individuais em relação às receitas com contraprestações de planos individuais médico-hospitalares (dados do segundo trimestre de 2017). No gráfico 3, estão representadas todas as operadoras para as quais havia dados. No gráfico 4, foram excluídas as operadoras cuja proporção de eventos em relação às contraprestações é maior que 4.

Das operadoras com beneficiários em planos médico-hospitalares, mais de 45% têm mais de 20% de beneficiários em planos individuais familiares. Como se nota nos gráficos 3 e 4, abaixo, a sinistralidade desses planos é próxima de um, mas, para a maior parte, é inferior à unidade. Apenas dezenove operadoras têm mais de 20% de sua carteira de planos médico-hospitalares em planos individuais e apresentaram, para o período considerado (1º semestre de 2017), sinistralidade superior à unidade.

Assumindo-se que o desempenho dos planos permaneceria o mesmo ao longo do tempo, a alternativa de reconhecer eventuais deficiências no valor do passivo por contrato de seguro no resultado não teria tanto impacto. Mas essa premissa, pelas razões já expostas, pode não ser razoável. As despesas assistenciais podem crescer mais aceleradamente que as contraprestações, aumentando a probabilidade de resultados negativos futuros na carteira de planos individuais.



É possível diminuir o impacto referente à carteira de planos individuais no teste de adequação de passivos e evitar que o estabelecimento de sua obrigatoriedade desestime a comercialização desses produtos caso se permita a flexibilização da premissa de que os contratos vigerão até o seu fim. Para os planos individuais, poder-se-ia adotar premissas alternativas, como permitir-se a incorporação de premissa relacionada à probabilidade de cancelamento do contrato pelos beneficiários.

A segunda alternativa visa solucionar, de imediato, o problema de explicitar para o regulador, as próprias operadoras e demais agentes interessados a adequação das provisões constituídas pelas operadoras, mas sem que as demonstrações contábeis sejam afetadas de imediato. A incorporação nos resultados poderia ser gradual, contanto, que todas as deficiências apuradas fossem completamente incorporadas aos resultados em 2022.

De um lado, essa alternativa tem a vantagem de induzir a adoção do teste como procedimento rotineiro imediatamente, permite ao órgão regulador melhor conhecer a situação econômico-financeira dos agentes regulados e possibilita a terceiros interessados analisar o desempenho de determinada operadora. Do outro lado, embora se explicitem eventuais deficiências, não se obriga a adoção de qualquer medida para sanar eventual subprovisionamento. Assim, o resultado do teste pode apontar situação insustentável, mas para a qual somente serão tomadas as providências cabíveis quando da análise específica da operadora no processo de acompanhamento econômico-financeiro.

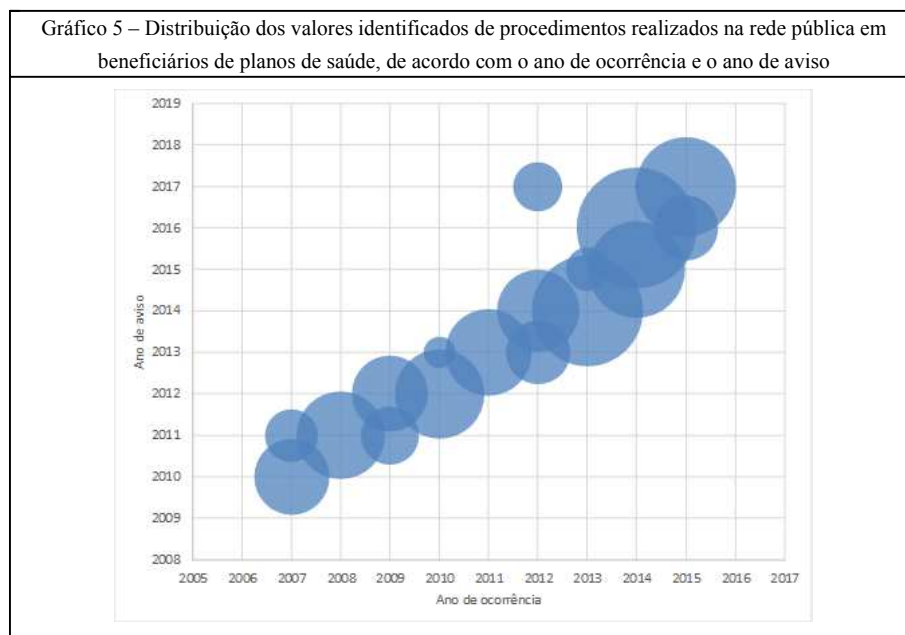
A terceira alternativa proposta têm como núcleo também a realização do teste, mas prevendo-se apenas a divulgação de seus resultados nas notas explicativas. Como a alternativa anterior, o intuito é diminuir o impacto negativo nas demonstrações financeiras da realização do teste de adequação de passivo. Não se prevê, neste caso, qualquer escalonamento ou momento de incorporação dos resultados do teste às demonstrações. Explicita-se para todos os agentes interessados inadequações nos passivos, mas não se prevê medidas para saná-las.

As duas alternativas seguintes não têm como escopo a realização do teste de adequação de passivos, mas o estabelecimento de novas provisões obrigatórias. Como discutido na seção anterior, o problema identificado foi o possível subprovisionamento no setor e o desconhecimento pelo regulador e outros agentes interessados sobre a adequação das provisões constituídas pelas operadoras de planos de saúde. A realização do teste de adequação de passivos pode ser um meio para resolver esse problema, mas existem alternativas, como as duas ora apresentadas, referentes à constituição de provisões relativas aos eventos ocorridos e não avisados realizados na rede pública em beneficiários de planos de saúde (PEONA/SUS) e a de insuficiência de contraprestações (PIC).

As alternativas de Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC ou de estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais como a provisão para eventos ocorridos e não avisados realizados na rede pública de saúde em beneficiários de planos de saúde (PEONA/SUS) e a provisão para insuficiência de contraprestações (PIC), determinando-se um prazo de escalonamento para constituição total dessas provisões e a divulgação em nota explicativa nos primeiros anos partem da premissa de que as provisões consideradas – PIC e PEONA/SUS – seriam as principais provisões ainda não obrigatórias que deveriam ser constituídas no setor de saúde suplementar. Se assim for, sua constituição reduziria significativamente o subprovisionamento. Todos os agentes interessados, ademais, poderiam verificar a adequação entre ativos e passivos por meio da análise das demonstrações financeiras. O impacto da constituição dessas provisões pode ser menor que a adoção do teste de adequação de passivos.

No caso da PEONA/SUS, o aviso da operadora ocorre quando a ANS a informa que houve beneficiário identificado que realizou procedimento na rede pública de saúde (Aviso de Beneficiário Identificado). No gráfico 5, abaixo, são apresentados os valores identificados para os quais já houve emissão de GRU, conforme o ano de ocorrência e o ano de aviso para todas as operadoras ativas em novembro de 2017. O tamanho das bolhas é proporcional ao montante identificado. Observa-se que o processo de aviso está mais célere nos períodos mais recentes. Em 2013, mais

de 86% do valor total de avisos foram avisados no ano seguinte e, em 2014, 39%. Em dois anos, é esperado que o todos os procedimentos identificados sejam avisados.



Se assumirmos que 80% dos procedimentos são avisados no ano seguinte à ocorrência e 20% dois anos após a ocorrência e que o processo de identificação é uniforme durante o ano, para qualquer trimestre, assumindo valores semelhantes de identificação todos os anos, haveria 120% do valor de avisos de um ano ocorrido e não avisado até o ano seguinte. Considerando todas as operadoras médico- hospitalares, os valores identificados em 2014 inflacionados pelo IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, e os valores das despesas assistenciais em 2015, o valor de eventos ocorridos e não avisados realizados na rede pública em beneficiários de planos de saúde equivaleria a 0,46% das despesas assistenciais. Excluídos cinco valores considerados díspares (a proporção dos eventos realizados na rede pública, inflacionada, em 2014, equivale a mais de 25% das despesas assistenciais de 2015), a maior proporção entre eventos ocorridos realizados na rede pública e supostamente não avisados e as despesas assistenciais alcança 11,18% destas. Para a maior parte das operadoras, não haveria, provavelmente, impacto considerável no estabelecimento da obrigatoriedade da PEONA/SUS.

O impacto do estabelecimento da obrigatoriedade da PIC depende das regras a serem estabelecidas para cálculo da provisão. Para simulação de possíveis impactos, considerou-se o período de um ano. O valor a ser provisionado, nesta simulação, é o percentual que excede a unidade quando o índice combinado é maior que um multiplicado pelo total de contraprestações efetivas dos últimos doze meses. A simulação foi feita com base nos dados das demonstrações financeiras de dezembro de 2016.

Como pode ser observado na tabela 5, abaixo, o impacto estimado é bastante díspare conforme a modalidade. Odontologias de grupo seriam pouco afetadas, ao passo que a PIC estimada corresponderia a mais de 50% da receita com contraprestações das filantrópicas. De um lado, esta estimativa traz luz a um desequilíbrio nessa modalidade. Há filantrópicas nas quais a despesa administrativa equivale a 33 vezes a receita com contraprestações. É possível que haja problemas na contabilidade. Se a contabilidade estiver refletindo corretamente as atividades das operadoras, há que se analisar a organização das atividades de algumas operadoras.

Modalidade	Quantidade de operadoras que teriam de constituir provisões	PIC estimada em relação às contraprestações
Autogestão	80	9,43%
Cooperativa médica	115	1,75%
Filantropia	35	53,54%
Medicina de grupo	85	1,14%
Seguradora especializada em saúde	6	1,85%
Cooperativa odontológica	66	2,95%



Odontologia de grupo	56	0,65%
Fonte: DIOPS (4º tri/2016)		

É importante notar que a PIC tem, a princípio, caráter prospectivo, ou seja, ela deve ser constituída quando se antevê futuras perdas. O uso de indicadores referentes ao passado, como o índice combinado, para determinar se uma operadora deve constitui-la baseia-se na hipótese de que os resultados passados serão reproduzidos no futuro. Idealmente, cada operadora deveria desenvolver métodos para:

1. Testar quando é necessário constituir a PIC;
2. Determinar a forma de calcular a provisão considerando as perdas previstas.

Para fins de simulação e, eventualmente, na determinação de uma regra padrão, entretanto, o desempenho passado pode ser usado como parâmetro para definição da necessidade de provisionamento. O uso do índice combinado referente ao desempenho global da operadora tende a reduzir a quantidade de operadoras que teriam a necessidade de constituir a PIC, já que resultados negativos em um conjunto de planos são contrabalançados por resultados positivos em outros planos. No cálculo da provisão, a utilização de um período de tempo limitado também tende a diminuir a necessidade de provisionamento. A hipótese é de que, ao término de um contrato ou, quando em seu aniversário, a repactuação ou reajuste serão determinados de modo que as perdas se limitem ao período no qual não há modificações nos termos contratuais. Assim, embora a PIC, em certa medida, assemelhe-se ao teste de adequação de passivos, a incorporação de seus resultados nos demonstrativos tende a ter menor impacto do que os do teste de adequação de passivos.

Considerando o exposto, em especial, as estimativas apresentadas, o provável impacto da alternativa relacionada à constituição de PEONA/SUS e PIC pode ser significativo para algumas operadoras, mas menor que o da obrigatoriedade de realização do teste de adequação de passivos. Se a constituição dessas provisões apenas revelar situações insustentáveis, não se deveria postergar a obrigatoriedade de sua constituição. Se, entretanto, as deficiências reveladas puderem ser sanadas, haveria razão para o estabelecimento de prazo de escalonamento dessas provisões.

A última alternativa considerada é a de não fazer nada. Como foi afirmado anteriormente, esta alternativa deve ser contemplada pelo regulador, pois, ainda que não resolva o problema identificado, não gera impactos adicionais. No caso presente, essa alternativa pode ser escolhida caso se comprovem que os impactos relacionados a todas as demais alternativas seriam muito altos e que eventuais problemas de provisionamento poderiam ser corrigidos paulatinamente pelas operadoras, sem a necessidade de intervenção. Também seria a melhor alternativa se os custos de monitoramento das alternativas consideradas não puderem ser suportados pelo agente regulador.

## V. Conclusão

Nos questionários realizados com as operadoras no âmbito da Comissão Permanente de Solvência, os respondentes revelaram preocupação em monitorar o desempenho econômico-financeiro de seus planos e sua sustentabilidade, mas poucas operadoras afirmaram utilizar o teste de adequação de passivos para isso. Atualmente, o regulador tem dificuldades em aferir a solvência dos agentes regulados, o que dificulta a realização de ações preventivas.

Nesta nota, são apresentadas as alternativas em análise pela DIOPE para possibilitar ao agente regulador e outros agentes interessados ter meios de aferir se as garantias financeiras mantidas pelas operadoras de planos de saúde são suficientes para garantir os riscos previstos da atividade. Existem indícios de que as provisões obrigatórias estabelecidas no setor (provisão para eventos ocorridos e não avisados, excluídos os eventos realizados na rede pública e que as operadoras devem ressarcir, e provisão para eventos e sinistros a liquidar) não abarcam todos os riscos previstos, o que colocaria em risco a solvência das operadoras, prejudicando tanto as próprias operadoras quanto os beneficiários.

Este é o primeiro passo para a realização de análise de impacto regulatório. Espera-se que a divulgação das alternativas em análise na DIOPE subsidie a manifestação dos agentes afetados direta ou indiretamente pelo problema identificado. As suas contribuições tendem a tornar mais robusta a decisão final, de forma que a alternativa escolhida seja aquela que gere os maiores benefícios, com os menores custos possíveis.

[1]

O questionário está disponível em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/comissao\\_permanente\\_de\\_solvencia/material\\_de\\_apoio\\_relatorio\\_final.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/material_de_apoio_relatorio_final.pdf), acesso em 06/11/2017. Ver gráficos 50 e 51.



Documento assinado eletronicamente por **TATIANA DE MACEDO NOGUEIRA LIMA, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 18/12/2017, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Washington Oliveira Alves, Gerente de Habilitação e Estudos de Mercado**, em 18/12/2017, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 18/12/2017, às 13:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **5060769** e o código CRC **E4D23446**.



---

Referência: Processo nº 33910.024114/2017-98

SEI nº 5060769