

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

# QUESTIONÁRIO SOBRE A REALIZAÇÃO DO TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: RELATÓRIO

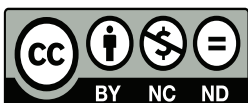




AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR  
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

# QUESTIONÁRIO SOBRE A REALIZAÇÃO DO TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: RELATÓRIO





2018. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na Biblioteca Digital ANS <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão Online

#### **Elaboração, distribuição e informações:**

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Gestão – DIGES

Gerência de Tecnologia da Informação – GETI

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel.: +55(21) 2105-0000

Disque ANS 0800 701 9656

[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)

#### **Diretoria Colegiada da ANS**

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

#### **Projeto Gráfico**

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

#### **Normalização e Ficha Catalográfica**

Maria de Lourdes de Brito – CRB-7 6330

Luis Guilherme Macena – CRB-7 6713

Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIGES

---

#### **Ficha Catalográfica**

A 265q Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras. Questionário sobre a realização do teste de adequação de passivos na saúde suplementar [recurso eletrônico] : relatório / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras. – Rio de Janeiro : ANS, 2018.  
2,8KB; PDF

1. Saúde suplementar. 2. Teste de Adequação de Passivos. 3. Solvência. 4. Operadora de plano privado de assistência à saúde. I. Título.

CDD 368.382

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Quantidade de respondentes do questionário por modalidade	8
Gráfico 2	Quantidade de respondentes que afirmam realizar o TAP por modalidade	9
Gráfico 3	Percentual de respondentes, em relação ao total da modalidade, que afirmaram realizar o TAP por modalidade	10
Gráfico 4	Quantidade de operadoras que tiveram o TAP auditado, por modalidade	11
Gráfico 5	Quantidade de operadoras que realizam o TAP, por periodicidade	12
Gráfico 6	Quantidade de operadoras que responderam se segregam os contratos em individuais e coletivos para fins de realização do TAP, de acordo com a resposta	13

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Teste de adequação de passivos	10
Quadro 2	Agregação de contratos	13
Quadro 3	Horizonte temporal	14
Quadro 4	Tábuas biométricas	15
Quadro 5	Taxa de juros livre de risco	16



# SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SOBRE TAP E ASPECTOS RELACIONADOS A QUESTÕES	8
2.1	Realização do TAP com o objetivo de verificar se as provisões estão adequadamente constituídas	9
2.2	Auditoria do TAP	11
2.3	Periodicidade de realização do teste	11
2.4	Agregação dos contratos para realização do teste	12
2.5	Horizonte temporal utilizado	14
2.6	Taxa de juros	15
2.7	Índice de preços	16
2.8	Despesas assistenciais	16
3	CONCLUSÃO	17
4	REFERÊNCIAS	17
	ANEXO	18





# 1 INTRODUÇÃO

No início de 2017, ao serem reiniciados os trabalhos da Comissão Permanente de Solvência, um dos objetivos traçados foi discutir a realização do teste de adequação de passivos – TAP – no setor de saúde suplementar. Desde 2013, a necessidade de estimular a realização do TAP no setor é tema discutido nos grupos técnicos temporários ou permanentes concernentes à solvência na saúde suplementar.

O TAP é instrumento para avaliar o provisionamento de operadoras, por conseguinte, de verificação do dimensionamento do passivo. Caso as obrigações de uma operadora não estejam adequadamente reportadas no balanço patrimonial, o capital pode parecer ser suficiente para atender à exigência regulatória e ao necessário para continuidade da atividade da entidade, mas não o ser. É por essa razão que um dos princípios nucleares da Associação Internacional dos Supervisores de Seguros – IAIS (sigla em inglês) refere-se à avaliação de ativos e passivos para fins de solvência. Não necessariamente a avaliação deve ser feita por meio de TAP, de acordo com a Associação, mas o valor econômico tanto de ativos quanto de passivos deve refletir a valoração prospectiva dos fluxos de caixa futuros, permitindo o conhecimento dos riscos desses fluxos de caixa e seu valor descontado.

Na saúde suplementar, no entanto, a ANS não normatizou o assunto por entender que a instituição da obrigatoriedade da realização do teste pode ter consideráveis impactos que ainda não foram avaliados. Consequentemente, a Agência não convalidou o Pronunciamento Técnico CPC 11, sobre contratos de seguros, que, nos itens 15, 16, 17, 18 e 19, trata do referido teste. Esse pronunciamento baseia-se no IFRS 4, norma emitida pelo International Accounting Standards Board (IASB), que será substituída pelo IFRS 17, a partir de 1º de janeiro de 2021, sendo permitida a aplicação antecipada. A avaliação do valor presente de fluxos de caixa futuros relacionados aos prêmios e eventos esperados deve continuar a ser reportada no balanço patrimonial, de acordo com a nova norma.

Para avaliar a realização do TAP por operadoras de planos de saúde, a ANS enviou questionário para todas as operadoras, exceto administradoras de benefícios. Foram 21 perguntas concernentes às etapas necessárias para a realização do teste. Com base nos resultados desse questionário, é possível traçar um cenário base a partir do qual se pode analisar o impacto regulatório de diferentes alternativas normativas.

De acordo com as informações coletadas no Questionário de riscos<sup>1</sup> respondido por operadoras de planos de saúde, 82,5% avaliavam atuarialmente e acompanhavam o desempenho econômico-financeiro de todos os seus planos, mas não necessariamente essa avaliação seria feita por meio do TAP. A percepção do regulador, de fato, era de que apenas algumas operadoras realizavam o TAP. Essa percepção foi confirmada com a realização do questionário em tela.

Tendo em vista a pouca disseminação do TAP entre as operadoras de planos de saúde, avaliou-se que seria benéfico para o setor associar à divulgação dos resultados do questionário sobre a realização do teste, breves explicações sobre seus aspectos mais importantes. Assim, nos comentários sobre as perguntas do questionário, além dos resultados relacionados às respostas, serão expostos os principais aspectos técnicos relacionados ao tema da pergunta quando pertinente.

<sup>1</sup> O relatório das respostas ao Questionário de Riscos respondido por operadoras de planos de saúde. 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)>

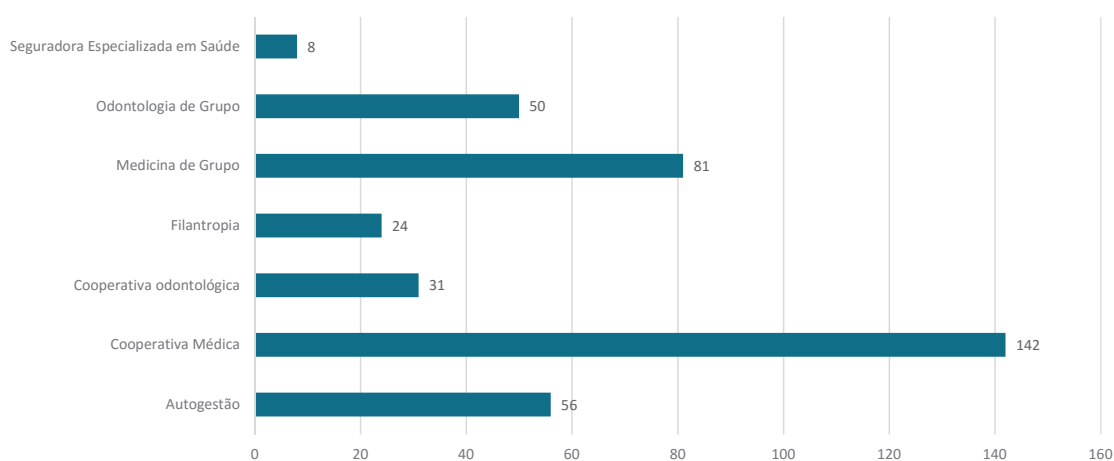
## 2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SOBRE O TAP E ASPECTOS TÉCNICOS RELACIONADOS ÀS QUESTÕES

Foi enviado comunicado informando sobre a realização do questionário referente à realização do TAP a todas as operadoras de planos de saúde ativas em 05/09/2017 (1150 operadoras), com exceção das administradoras de benefícios. O questionário foi disponibilizado por meio do sistema FormsUS para resposta a todos os representantes legais. O endereço de e-mail utilizado para as comunicações da Comissão Permanente de Solvência – CPS – foi divulgado para que fossem encaminhadas dúvidas ou quaisquer outras questões.

Ao longo do período de aplicação do questionário (de 06/08/2017 a 06/09/2017), muitas operadoras entraram em contato. A principal razão foi a desatualização dos dados do representante legal junto à ANS, o que provocou dificuldades de acesso ao questionário. Além disso, em alguns casos, houve dificuldade de operadoras para encaminhar as respostas por meio do próprio sistema. Foi feito esforço para que todas as mensagens encaminhadas fossem respondidas o mais brevemente possível e que todas as dúvidas e problemas fossem sanados.

Ao final do período, 392 operadoras haviam respondido ao questionário. O número de respostas foi menor que o do Questionário de Riscos, mencionado acima, apesar deste ser consideravelmente mais longo. Uma das hipóteses para esse fato é de que muitas operadoras não o responderam porque não realizam o teste. O gráfico 1, mostra a distribuição dos respondentes por modalidade. Como pode ser observado, as cooperativas médicas foram as operadoras com o maior número de respostas.

**Gráfico 1 – Quantidade de respondentes do questionário por modalidade**

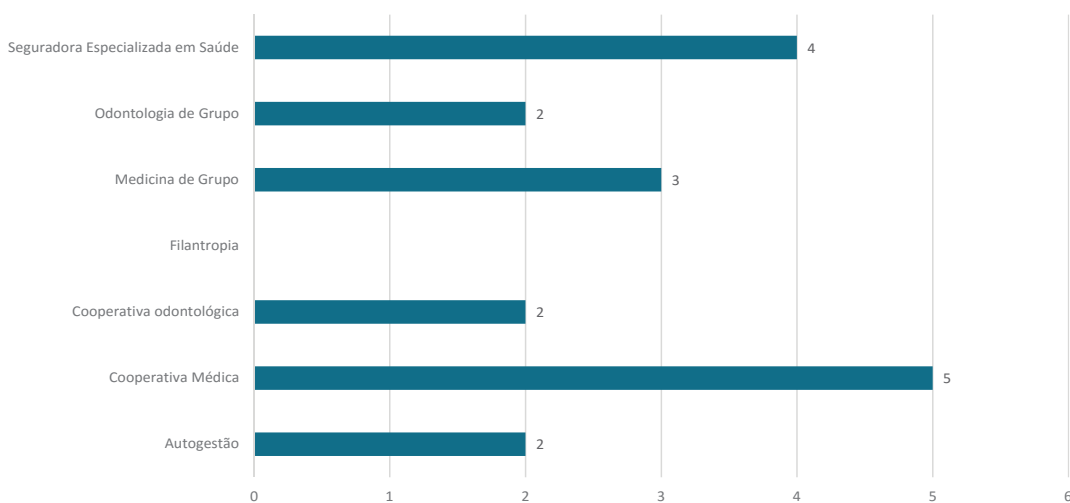


Fonte: DIOPE, set/2017.

## 2.1 Realização do TAP com o objetivo de verificar se as provisões estão adequadamente constituídas

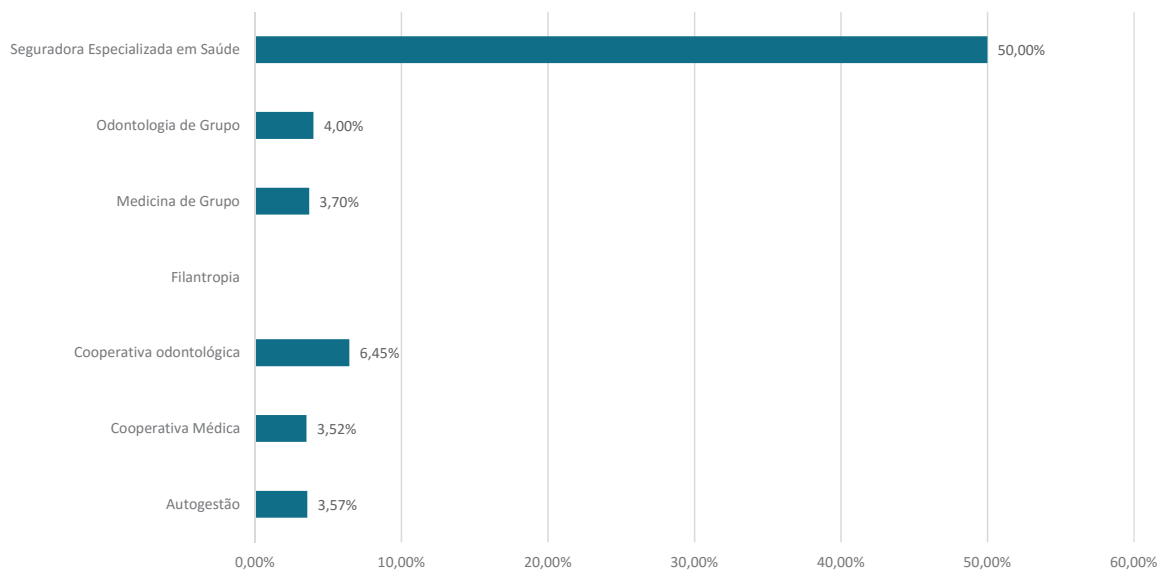
Das 392 respondentes, 18 operadoras informaram realizar o teste, como pode ser observado no gráfico 2, abaixo. Relativamente, as seguradoras especializadas em saúde são as operadoras entre as quais é mais corrente a realização do teste (gráfico 3, abaixo). Esse fato está relacionado, provavelmente, à supervisão exercida pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP nos seguros, que obriga os entes supervisionados a realizar o teste. Como muitas seguradoras especializadas em saúde fazem parte de grupos seguradores, suas práticas gerenciais são influenciadas também pelas regras da SUSEP.

**Gráfico 2 – Quantidade de respondentes que afirmaram realizar TAP por modalidade**



Fonte: DIOPE, set/2017.

### Gráfico 3 – Percentual de respondentes, em relação ao total de respondentes da modalidade, que afirmaram realizar TAP



Fonte: DIOPE, set/2017.

### Quadro 1 - Teste de adequação de Passivos

Em síntese, o teste de adequação de passivos é a estimação dos valores correntes dos fluxos de caixa futuros relacionados aos contratos de planos de saúde com o fim de avaliar se o passivo por contrato de plano de saúde está adequado. De acordo com o CPC 11, se a avaliação mostrar que o valor do passivo por contrato, descontadas as despesas de comercialização diferidas relacionadas e os ativos intangíveis relacionados, está inadequado, a deficiência deve ser reconhecida no resultado. Os requisitos mínimos estabelecidos no CPC 11 para realização do teste são:

Considerar estimativas correntes para todo o fluxo de caixa contratual e os fluxos de caixa relacionados, como os custos de regulação de eventos, os fluxos de caixa resultantes de opções embutidas e garantias;

Se o teste demonstrar que o passivo está inadequado, toda a deficiência deve ser reconhecida no resultado.

Na estimação dos valores correntes dos fluxos de caixa, é importante que se considerem todos os fluxos associados aos contratos de planos de saúde, tais como:

Eventos a serem pagos relacionados aos contratos existentes, considerando-se todo o período a vigor dos contratos;

Receitas com contraprestações a serem realizadas dos contratos existentes, considerando-se todo o período a vigor desses contratos;

Despesas administrativas e de gestão de eventos esperadas associadas aos contratos existentes;

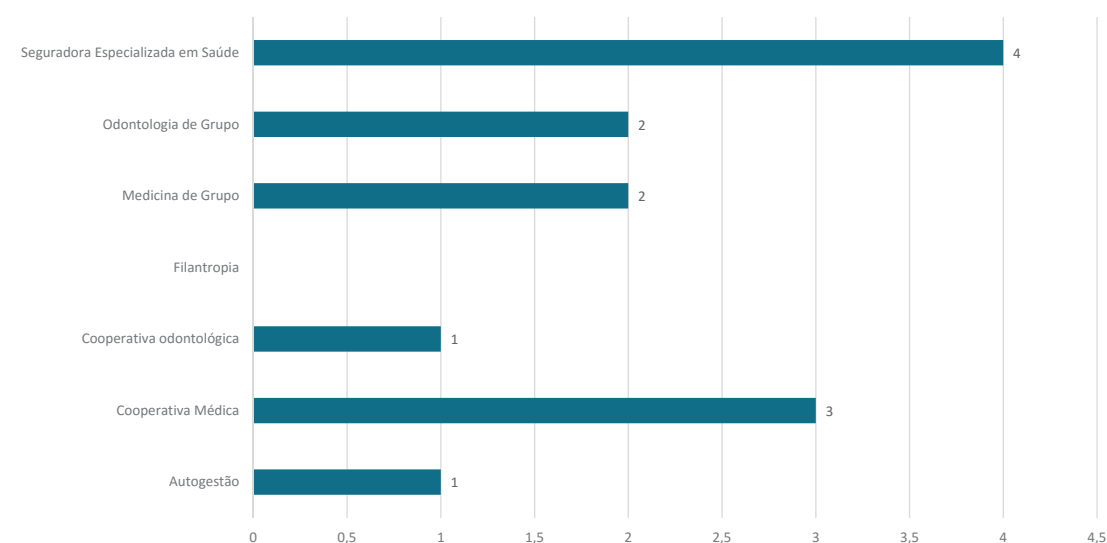
Outras despesas e receitas esperadas diretamente relacionadas aos contratos de planos de saúde vigentes.

## 2.2 Auditoria do TAP

A auditoria do teste realizado pelas operadoras de planos de saúde garante que este foi realizado conforme o preconizado no Pronunciamento Técnico CPC 11 ou, caso não tenha sido, que sejam explicitados os aspectos que estão em desconformidade com o Pronunciamento. A auditoria é particularmente relevante na saúde suplementar, haja vista que não há orientações específicas do órgão regulador sobre como o TAP deve ser feito.

O gráfico 4, abaixo, mostra que das 18 operadoras que afirmam realizar o teste, 13 reportam ter sido o teste auditado. Interessante notar que, entre as seguradoras e as odontologias de grupo, para todas que afirmaram realizar o teste, este foi auditado.

**Gráfico 4 – Quantidade de operadoras que tiveram o TAP auditado, por modalidade**

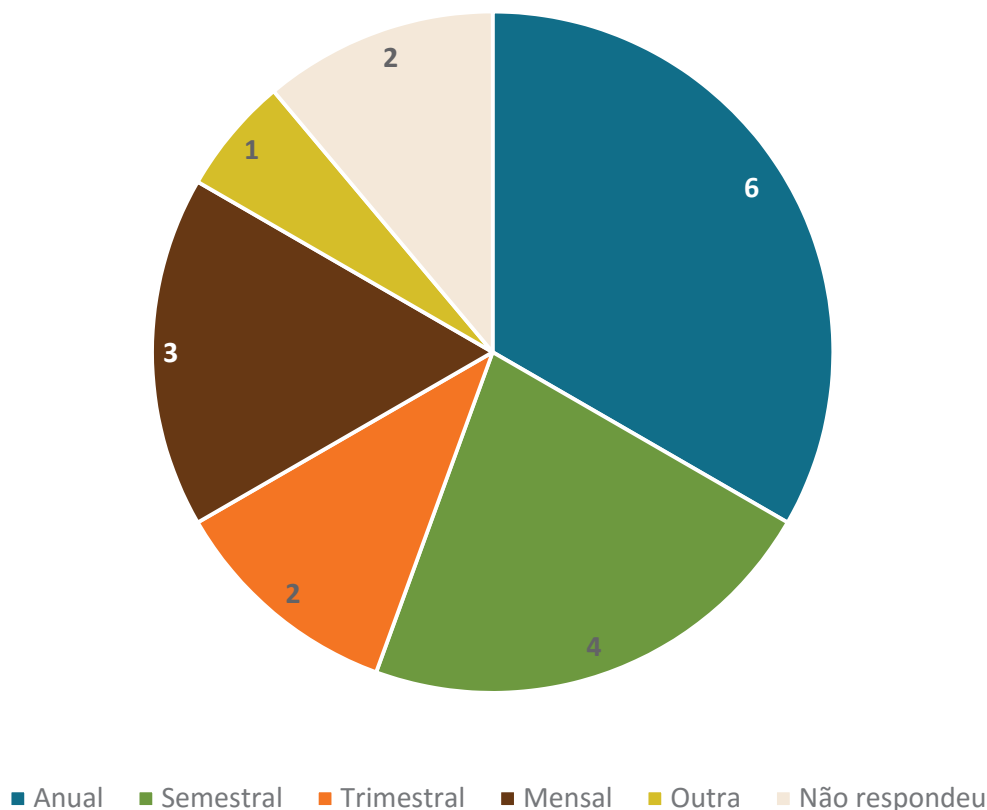


Fonte: DIOPE, set/2017.

## 2.3 Periodicidade de realização do teste

A recomendação do Pronunciamento Contábil CPC 11 é de que a operadora avalie, a cada data de balanço, se o seu passivo está adequado. Entre as operadoras que reportaram a realização do teste, seis afirmaram que o fazem anualmente, como pode ser observado no gráfico 5, abaixo. As demais afirmam realizá-lo em periodicidade ainda menor, exceto por duas que não responderam à questão e por uma, que faz esporadicamente, para fins de informação à diretoria da operadora.

**Gráfico 5 – Quantidade de operadoras que realizam o TAP, por periodicidade**



Fonte: DIOPE, set/2017.

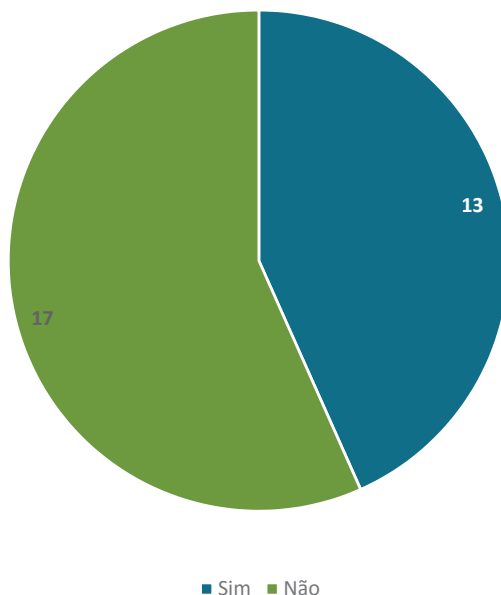
## 2.4 Agregação dos contratos para realização do teste

Contratos semelhantes devem ser agrupados para realização do teste. No questionário, foi questionado se a agregação utilizada pelas operadoras se baseava no tipo de contratação (individual/familiar ou coletiva) por se entender que essa é uma das principais características a influenciar a duração e dinâmica dos fluxos de caixa futuros. No gráfico 6, pode-se notar que mais operadoras responderam essa questão do que a quantidade total de operadoras que afirmaram realizar o teste. Algumas operadoras não realizam o teste atualmente, mas já o fizeram, e responderam às perguntas sobre a realização a fim de contribuir com a Agência. É possível que outras operadoras não realizem o teste, mas responderam com base nos diferentes testes realizados para avaliação da constituição das provisões técnicas.

Considerando-se apenas as operadoras que responderam realizar o teste, sete informaram que segregam os contratos de acordo com o tipo de contratação (individual e coletivo). Não foi questionado qual seria a forma alternativa de segregação utilizada pelas operadoras que responderam negativamente a essa questão. Havia, contudo, questionamento sobre a existência de alguma forma de subagregação além do tipo de contratação. As subagregações mencionadas foram:

- Não regulamentado (com e sem coparticipação) e regulamentado (com e sem coparticipação);
- Empresarial (clientes com porte acima de 200 beneficiários); PME (clientes entre 3 e 199 vidas); individual (planos mensais e anuais comercializados às pessoas físicas);
- Conforme o relatório de controle de sinistralidade.

## Gráfico 6 – Quantidade de operadoras que responderam se segregam os contratos em individuais e coletivos para fins de realização do TAP, de acordo com a resposta



Fonte: DIOPE, set/2017.

### Quadro 2 - Agregação de contratos

Para realização do TAP, os contratos devem ser agregados de acordo com os mesmos critérios utilizados na gestão do negócio, de modo que contratos considerados semelhantes sejam avaliados conjuntamente. No entender da ANS, há pelo menos duas grandes divisões que deveriam ser feitas para realização do TAP: contratos médico-hospitalares x contratos odontológicos; contratos individuais/familiares x contratos coletivos. No primeiro caso, entende-se que os fluxos de despesas tendem a diferir consideravelmente em decorrência da natureza dos produtos. No segundo caso, em especial nos planos médico-hospitalares, as regras estabelecidas tornam a duração esperada dos contratos e os fluxos futuros de contraprestações distintos.

Além dessas duas grandes divisões, a operadora deve utilizar subagregações de acordo com os critérios que utiliza internamente para gerenciamento de seu negócio. A depender da operadora, pode ser relevante distinguir os tipos de contratos coletivos (por adesão, empresarial, pequenos e médios) ou por data de contratação (antes e depois da lei 9,656/1998), por exemplo.

## 2.5 Horizonte temporal utilizado

O TAP deve ser realizado considerando-se todo o período de duração do contrato. Embora esta recomendação pareça simples, não há definição do tempo de duração dos contratos médico-hospitalares, individuais/familiares na saúde suplementar. Após o primeiro ano, o contrato é renovado automaticamente, e a rescisão, salvo casos de inadimplência, somente ocorre em decorrência da vontade do contratante. Isso significa que a duração do contrato depende, sobretudo, da vontade do contratante ou de sua expectativa de vida. Por essa razão, o horizonte temporal utilizado, nesse caso, deve ser estimado pela operadora.

A pergunta do questionário sobre o horizonte temporal utilizado no TAP objetivava, principalmente, conhecer como as operadoras estimam o tempo de duração de seus contratos individuais. Doze operadoras responderam à pergunta, embora as respostas de quatro não se refiram ao que foi questionado. Como esperado, no caso dos planos coletivos, as operadoras utilizam o prazo final do contrato (um ano ou menos) como horizonte temporal de extinção do contrato.

Para os planos individuais/familiares, uma menciona a possibilidade de cancelamento do contrato e todas as demais consideram a extinção total da carteira. A maior parte das operadoras, contudo, estima que a extinção total da carteira dos planos individuais/familiares não decorrerá apenas da morte do beneficiário. Questionadas sobre a utilização dessa premissa, mais operadoras afirmaram que não utilizam a premissa de que o contrato perdura até a morte do beneficiário (16) do que aquelas que afirmaram utilizá-la (12).

Continuando a investigação sobre como as operadoras estimam o horizonte temporal a ser utilizado no TAP para os contratos individuais/familiares, questionou-se como é estabelecida a probabilidade de beneficiário rescindir um contrato em determinado momento. As respostas obtidas foram:

- Nos planos individuais, os usuários são avaliados até a extinção da massa, considerando a premissa de índice de saída anual de 67,8% (cancelamento, morte ou perda de elegibilidade);
- Com base no índice de cancelamento da carteira;
- Com base nas premissas de cancelamento e morte calculadas por consultoria externa;
- Pela inadimplência ou a pedido do próprio beneficiário ou da empresa contratante;
- Sendo autogestão, essa probabilidade é muito pequena;
- Não realizaram estudo sobre isso.

### Quadro 3 - Horizonte temporal

Definir o horizonte temporal de duração de um contrato, para a realização do TAP, usualmente não representa um desafio. Na saúde suplementar, contudo, a duração dos contratos de planos médico-hospitalares individuais não tem prazo fixo, depende da intenção do beneficiário de manter o contrato e de sua expectativa de vida. Há, portanto, que se construir estimativas tanto a respeito da probabilidade de cancelamento de contratos individuais quanto de expectativa de vida dos beneficiários. Para a última, é possível utilizar tábuas biométricas, fazendo os ajustes que se considerar necessário. Para a primeira, a operadora deve avaliar a rotatividade de sua carteira, considerando o tempo de permanência de acordo com a data de contratação, a idade dos beneficiários e outras características que se considerem relevantes.

Como mencionado acima, para a realização do TAP é necessária a utilização de tábua biométrica. Nos contratos individuais/familiares, em decorrência de seu longo prazo. Questionou-se as operadoras que realizam o teste sobre qual tábua utilizam. Duas informaram utilizar a tábua AT-2000 por gênero, e três a BR-EMS, em diferentes versões.

Duas operadoras que informaram realizar o teste, afirmaram fazer ajustes na tábua biométrica utilizada. A primeira realiza teste qui-quadrado para verificar a aderência da tábua em relação aos óbitos da carteira. A segunda ajusta a tábua por interpolação linear para transformá-la em mensal. Uma terceira operadora, que não faz o teste, afirmou que faz um “improvement” segundo a escala G da SOA (Sociedade dos Atuários dos Estados Unidos).



## Quadro 4 - Tábuas Biométricas

Tábua biométrica é um instrumento (usualmente, uma tabela) na qual são elencadas as probabilidades de ocorrência de alguma variável biométrica de acordo com a idade do grupo observado. A mortalidade é a principal variável analisada em tábuas biométricas, que são utilizadas, principalmente, em cálculos atuariais de seguros de vida e de previdência. Na saúde suplementar, o uso de tábuas biométricas pode se fazer necessário para a precificação de planos individuais/familiares e é indispensável na realização do TAP para o grupo de contratos individuais/familiares.

Construir uma tábua biométrica exige acompanhar um grupo de pessoas a fim de observar a ocorrência da variável de interesse até que esse grupo se extinga. Em decorrência tanto das exigências de dados quanto metodológicas, a elaboração de uma tábua biométrica é projeto de longo prazo. A primeira tábua baseada na população segurada brasileira é a Experiência do Mercado Segurador Brasileiro – BR-EMS, que tem variantes classificadas por cobertura e sexo. Essa tábua foi construída com dados de 2004 a 2006, mas foi denominada versão 2010, em virtude da data de publicação da circular que tornou sua utilização oficial no mercado segurador brasileiro.

Além da BR-EMS, é comum o uso de tábuas biométricas baseadas na população segurada americana, como a AT-2000, ou de outros países. Ao decidir-se pela utilização de determinada tábua, é importante considerar que as menos recentes tendem a subestimar a expectativa de vida, portanto, os fluxos também serão subestimados, o que pode levar a resultados positivos do TAP. É possível fazer ajustes para que uma tábua se torne mais aderente ao perfil da carteira da operadora.

## 2.6 Taxa de juros

A estimação dos valores correntes de fluxos de caixa futuros exige que se utilize uma taxa de juros. A escolha dessa taxa afetará consideravelmente os resultados do TAP. Quando se traz a valor presente um fluxo financeiro, recomenda-se que seja utilizada taxa livre de riscos. As operadoras que realizam o TAP foram questionadas sobre a taxa de juros livre de riscos que utilizam. As respostas obtidas foram:

- Cinco informaram utilizar a estrutura a termo das taxas de juros – ETTJ;
- Uma utiliza 100% do CDI;
- Uma o custo de capital da operadora;
- Uma variação de mercado;
- Uma informou usar taxa pré.

Cinco das operadoras respondentes informaram que utilizam a taxa influenciadas pela regulação da SUSEP ou para manter os mesmos critérios utilizados no mercado segurador no mercado de planos de saúde. Os critérios de escolha da taxa das demais basearam-se na proximidade entre as taxas de juros das aplicações da operadora, normas atuariais e testes de “impairment” realizados pela contabilidade.

## Quadro 5 - Taxa de juros livre de riscos

São considerados livres de riscos os investimentos ou títulos com risco nulo ou bastante reduzido de crédito e liquidez. No Brasil, é comum utilizar-se o Certificado de Depósito Interbancário – CDI – como referência de investimento livre de riscos.

Para a estimação dos fluxos de caixas relacionados aos contratos de planos de saúde, contudo, seria recomendado que fossem consideradas as taxas de juros livre de riscos conforme o prazo de vencimento, o que requer a estimação de uma curva de juros. A estrutura a termo da taxa de juros (ETTJ) é a relação entre taxas de juros de títulos com o mesmo nível de risco de crédito, mas com diferentes prazos de vencimento. No Brasil, a Anbima e a SUSEP desenvolveram metodologias de estimação da ETTJ que são utilizadas no mercado segurador.

## 2.7 Índices de preços

A maior parte dos fluxos associados aos contratos de planos de saúde é influenciada pela taxa de inflação da economia. Assim, para realização do TAP é necessário também considerar como os preços variarão enquanto os fluxos perdurarem. No questionário sobre a realização do teste, perguntou-se às operadoras qual índice que utilizam no teste. Duas operadoras informaram utilizar o IPCA, uma o IGP-M calculado pela Fundação Getúlio Vargas – FGV, as outras seis operadoras que responderam à questão, utilizam estimativas baseadas em suas experiências ou observação do mercado (por exemplo, índice de ajuste da ANS, Variação de Custos Médico-Hospitalares – VCMH – esperada).

Os reajustes dos planos médico-hospitalares individuais são limitados pela ANS. Estimar as contraprestações futuras para períodos longos exige, portanto, estimar os limites a serem estabelecidos pela ANS no futuro. Doze operadoras informaram como estimam o índice de reajuste máximo estabelecido pela ANS. Em geral, as operadoras ou se baseiam nos índices passados estabelecidos pela ANS ou em combinações destes com outras variáveis, como explicitado a seguir:

- Cinco operadoras baseiam-se no índice da ANS;
- Uma operadora baseou sua estimativa na taxa de crescimento real acumulada dos últimos 5 anos, representada pelos índices de reajuste da ANS, descontado o IPCA acumulado dos últimos 5 anos;
- Uma na taxa de inflação;
- Uma ajusta a expectativa de inflação de acordo com a variação da inflação médica de mercado divulgada pela FENASAÚDE e o reajuste da ANS;
- Uma considera o histórico de reajustes aprovados em comparação com a VCMH da carteira;
- Uma estima um fator com base na média observada da relação entre IPCA e reajustes regulatórios;
- Uma na variação de mercado;
- A última considera 50% da VCMH esperada.

## 2.8 Despesas Assistenciais

Considerando-se que a principal despesa relacionada aos contratos de planos de saúde é assistencial, a sua estimativa influencia consideravelmente os resultados do TAP. Na saúde suplementar, uma grande parcela dos ofertantes é de pequeno ou médio porte, o que pode dificultar a estimativa das despesas assistenciais com base na massa de beneficiários da operadora. Por essa razão, no questionário, perguntou-se se as estimativas dos gastos assistenciais por faixa etária baseiam-se nos gastos atuais das operadoras. Vinte e nove operadoras responderam ao questionamento (das quais, quinze afirmaram não realizar o teste). Destas, 18 afirmaram que as estimativas de despesas assistenciais se baseiam nas despesas atuais da própria operadora.

Àquelas cujas estimativas não se baseiam nas próprias despesas foi questionado em que se baseiam. Uma dessas operadoras é odontológica e não diferencia as despesas assistenciais por faixa etária, e outra também não considera

a divisão por faixas etárias, mas suas estimativas baseiam-se nos dados da própria operadora. Sobre as estimativas das despesas assistenciais, também foi questionado se as operadoras utilizam as mesmas faixas etárias estabelecidas pela ANS para o reajuste por faixa etária (RN 63/2003). Treze operadoras afirmaram que sim, mas 17 responderam negativamente à pergunta. Entre as que responderam negativamente, a tendência é utilizar faixas etárias mais reduzidas (com menor abrangência de idades), em especial segmentando a última faixa. Há, também, quem calcule para a despesa assistencial por idade do beneficiário.

### 3 CONCLUSÃO

As respostas ao questionário sobre a realização do TAP confirmam um quadro que era intuído pelo regulador. Poucas operadoras realizam o teste. Mais ainda, as interações entre regulado e regulador ao longo do período em que o questionário ficou disponível explicitou que muitas operadoras sequer o conhecem.

Ter provisões adequadamente constituídas é fundamental em um setor no qual o ciclo é reverso e as despesas podem atingir grandes volumes. Por essa razão, realizar testes para verificar a adequação dos passivos deve fazer parte da rotina operacional de todas as operadoras de planos de saúde, ainda que o teste realizado não seja o TAP como ora considerado.

Trazer o tema para discussão na Comissão Permanente de Solvência – CPS e a realização deste questionário são ações que chamam atenção das operadoras para essa questão e possibilitam a ANS estabelecer o cenário base para avaliar a implementação de políticas que tornem o setor mais seguro para os beneficiários.

### 4 - REFERÊNCIAS

São apresentadas, abaixo, algumas referências utilizadas na elaboração deste relatório ou que são relacionadas ao tema ou que podem ser úteis para operadoras de planos de saúde.

COMITÊ DE PRONUNCIAMENTOS CONTÁBEIS. Pronunciamento técnico CPC 11: contratos de seguros : correlação às Normas Internacionais de Contabilidade – IFRS 4. Disponível em: <[http://static.cpc.mediagroup.com.br/Documentos/215\\_CPC\\_11\\_rev%2003.pdf](http://static.cpc.mediagroup.com.br/Documentos/215_CPC_11_rev%2003.pdf)>. Acesso em 06 out. 2017.

INTERNATION ASSOCIATION OF INSURANCE SUPERVISORS. Insurance core principles. S.I: IAIS, 2015. Disponível em: <<https://www.iaisweb.org/page/supervisory-material/insurance-core-principles//file/58067/insurance-core-principles-updated-november-2015>>. Acesso em: 06 out. 2017.

INTERNATION FINANCIAL REPORTING STANDARDS. IFRS 17 insurance contracts. London: IFRS, 2017. Disponível em: <<http://www.ifrs.org/-/media/project/insurance-contracts/ifrs-standard/ifrs-17-project-summary.pdf/>>. Acesso em: 06 out. 2017.

NEVES, César da Rocha et al. Aspectos técnicos a respeito do teste de adequação de passivos introduzido pelo IFRS 4. Revista Brasileira de Risco e Seguro, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 141-152, out./2009, mar. 2010.

PEREIRA, Fernanda Chaves et al. Nota técnica sobre o teste de adequação de passivos (TAP). Rio de Janeiro: Funenseg, 2012. (Estudos Funenseg, n. 26).

PRIVATE HEALTHCARE AUSTRALIA. Guidance for application of AASB 1023: general insurance contracts to registered health benefit organizations. Disponível em: <http://www.privatehealthcareaustralia.org.au/wp-content/uploads/AASB-1023-AHIA-Guidance-Notes.pdf>. Acesso em: 06 out. 2017.

# ANEXO – QUESTIONÁRIO SOBRE O TAP ENVIADO A OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

No âmbito da Comissão Permanente de Solvência - CPS, estamos dando início à discussão para implementação de teste de adequação de passivos no setor de saúde suplementar. Este questionário é um instrumento de orientação dos trabalhos da CPS referentes a esse assunto.

Todas as respostas individuais serão tratadas confidencialmente. Quanto melhores os subsídios colhidos por meio deste questionário, melhor tende a ser a política formulada. Se a operadora não faz teste de adequação de passivos, deve responder apenas as perguntas de identificação e do grupo TAP - Realização. Se a operadora tiver dificuldades para anexar os arquivos solicitados na pergunta 21, pode enviá-los para o e-mail [gt.solvencia@ans.gov.br](mailto:gt.solvencia@ans.gov.br), sendo o título da mensagem: "Questionário - TAP - ops: XXXXXX".

## \* Preenchimento Obrigatório

**Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.**

**Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.**

### Identificação

Dados para identificação da operadora, do respondente e do responsável pelas respostas.

1) **Registro ANS:** \*

2) **Razão Social:** \*

3) **Representante Legal:** \*

representante legal cadastrado na ANS

4) **Responsável pelo preenchimento deste questionário:** \*

Nome do funcionário da operadora que preencheu o questionário

5) **Cargo do responsável pelo preenchimento do questionário:** \*

6) **E-mail do responsável pelo preenchimento do questionário:** \*

### TAP - realização

7) **A operadora realiza teste de adequação de passivos com o objetivo de verificar se as provisões constituídas estão adequadas?** \*

- Sim  
 Não

### TAP - Execução

8) **Qual a periodicidade de realização do teste?**

- Semestral  
 Anual  
 Outra

8.1) **Qual?**

9) **Para realização do teste, os contratos são agregados em planos individuais e coletivos?**

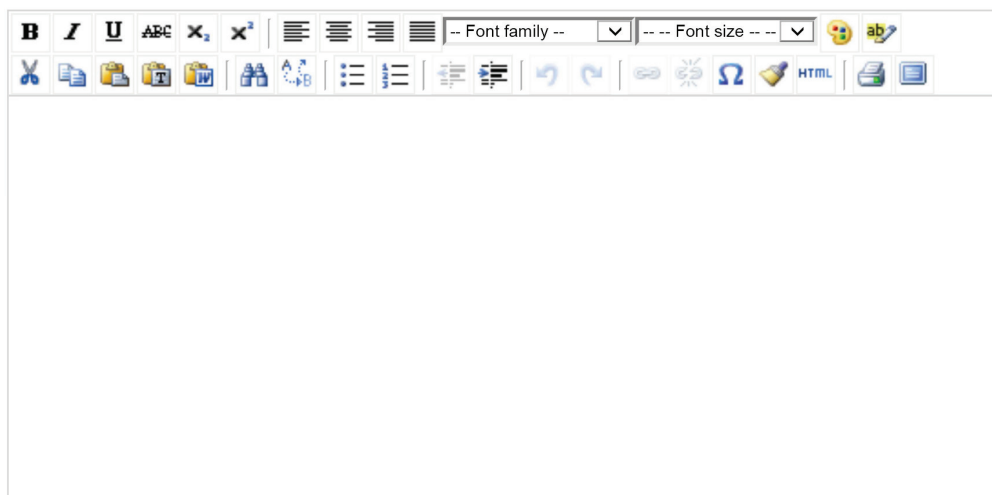
- Sim  
 Não

10) Considerando o tipo de contratação (individual e coletivo), há alguma subagregação utilizada para realização do teste?

- Sim  
 Não

10.1) Qual?

11) Qual o horizonte temporal utilizado para realização do teste considerando cada agrupamento utilizado? :



12) Para os planos individuais, a premissa adotada é de que o contrato perdura até a morte do beneficiário?

- Sim  
 Não

12.1) Como é estabelecida a probabilidade de um beneficiário rescindir um contrato em determinado momento?

13) Qual a tábua biométrica utilizada?

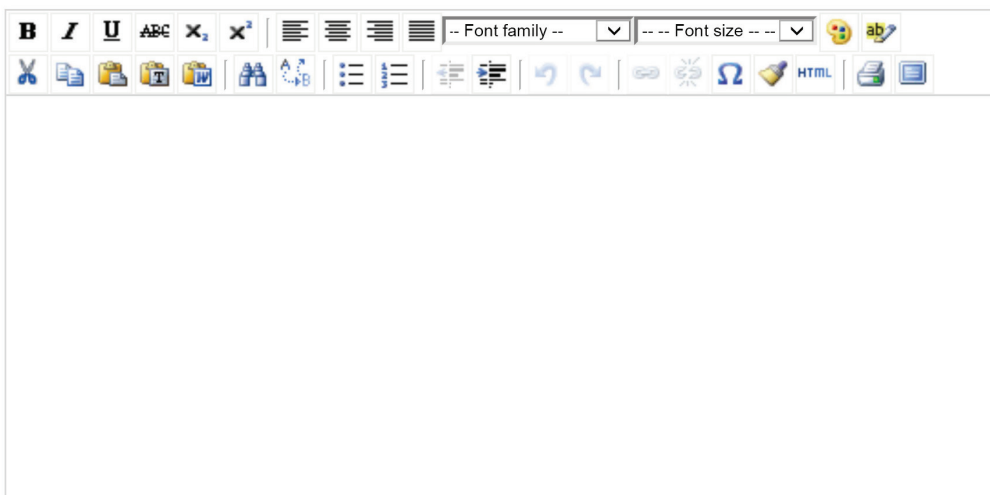
14) É feito algum ajuste na tábua biométrica utilizada?

- Sim  
 Não

14.1) Qual a fundamentação para o ajuste?

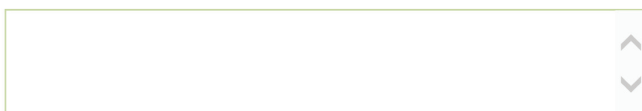
15) Qual a taxa de juros livre de riscos utilizada?

16) Qual o critério utilizado para a escolha da taxa de juros livre de riscos utilizada?



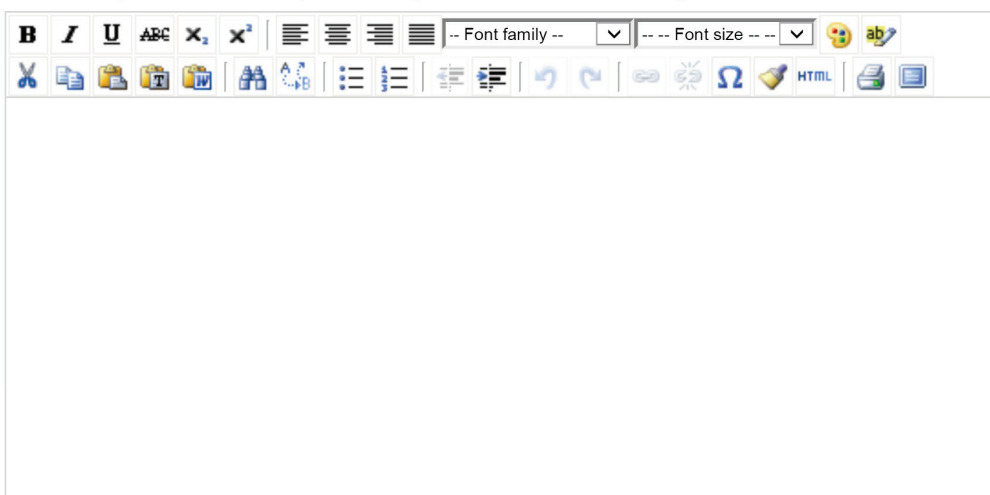
A rich text editor toolbar is shown at the top, containing various icons for text formatting (bold, italic, underline, text color, background color), alignment, bulleted and numbered lists, indentation, link, unlink, and other functions. Below the toolbar is a large, empty rectangular text area for the user to provide an answer.

17) Qual o índice de preços utilizado no teste? :



A small, empty text input field with a vertical scroll bar on the right side, intended for the user to enter the price index used in the test.

18) No caso dos planos individuais, como são previstos os índices de reajuste máximo?

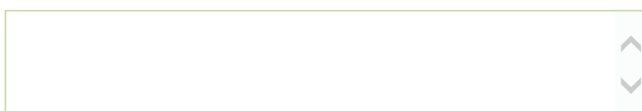


A rich text editor toolbar is shown at the top, identical to the one in question 16. Below the toolbar is a large, empty rectangular text area for the user to provide an answer.

19) As previsões de gastos assistenciais por faixa etária baseiam-se nos gastos atuais da operadora?

- Sim
- Não

19.1) Em que se baseiam?

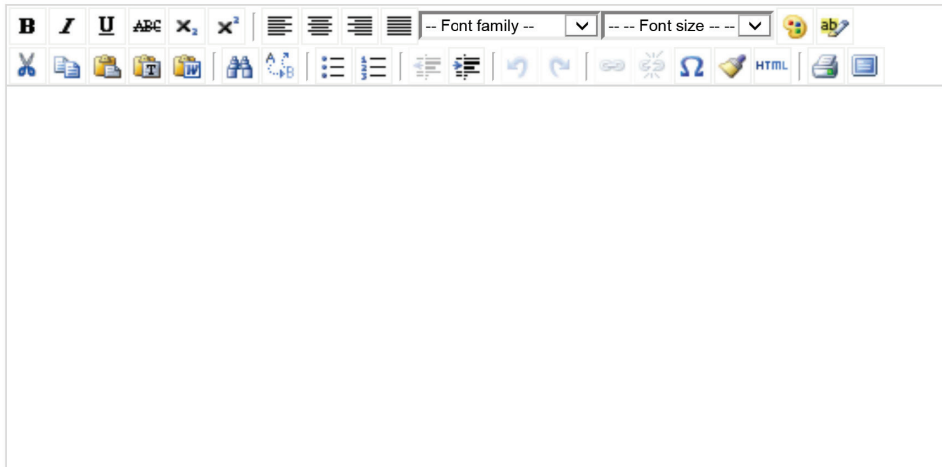


A small, empty text input field with a vertical scroll bar on the right side, intended for the user to specify what the predictions are based on.

20) As faixas etárias estabelecidas para estimação das despesas assistenciais são as mesmas definidas para o reajuste por faixa etária (RN 63/2003)? :

- Sim
- Não

20.1) Quais são as faixas utilizadas?



A rich text editor toolbar with various icons for text formatting, alignment, and editing. The toolbar includes icons for bold (B), italic (I), underline (U), text color (ABC), background color (x2), font color (x3), bulleted list, numbered list, link, unlink, indent, outdent, undo, redo, link, unlink, source code, HTML, print, and a search icon. The toolbar also features dropdown menus for font family and font size, and a text input field with a cursor.

21) Apresente em arquivo anexo: (i) hipóteses e premissas consideradas para a projeção de cada variável estimada; (ii) estudos, métodos atuariais, estatísticos e financeiros utilizados como base para determinação das hipóteses e premissas.



**Atenção:** Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

**Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.**

**Página 1 de 1**

powered by  
**FormSUS**

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.  
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS  
0800 701 9656



Central de  
Atendimento  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)



Atendimento pessoal  
12 Núcleos da ANS.  
Acesse o portal e  
confira os endereços.



Atendimento  
exclusivo para  
deficientes auditivos  
0800 021 2105



Use a opção do código  
para ir ao portal da ANS



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ