

PROCESSO Nº: 33910.024114/2017-98

NOTA TÉCNICA Nº 5/2018/DIOPE

**Assunto: Análise de Impacto Regulatório – Revisão da RN 393, de 2015**

Prezado Senhor Diretor-Adjunto,

## I. Sumário Executivo

---

A análise do provisionamento do setor está sendo discutida no âmbito da Comissão Permanente de Solvência – CPS, dada sua relação direta com a capacidade futura das operadoras de custear suas despesas e, assim, manterem-se solventes. Na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, apresentada naquela Comissão e publicada no *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – na internet <sup>[1]</sup>, apresentaram-se dados que indicam haver subprovisionamento no setor. Seis alternativas foram consideradas para resolução do problema, das quais duas foram selecionadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE – como as mais apropriadas:

- Obrigar a realização de teste de adequação de passivos – TAP – e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras <sup>[2]</sup>;
- 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 prazo de escalonamento de quatro anos para constituição total dessas provisões e a divulgação em nota explicativa ou quadro auxiliar nos primeiros anos.

Na avaliação da DIOPE, essas alternativas apresentam o menor impacto relativo em vista dos benefícios oriundos de sua adoção. A realização do TAP com a divulgação dos resultados em notas explicativas não apresenta impactos consideráveis e permite ao órgão regulador avaliar o efeito da incorporação dos resultados do teste nas demonstrações financeiras, como preconiza o CPC 11 <sup>[3]</sup>. Estima-se que a instituição da PIC aumente, em média, em 11,36% o nível de provisionamento das operadoras médico-hospitalares, enquanto a instituição da PEONA/SUS aumentaria em 2,96% o nível de provisionamento das operadoras médico-hospitalares. Em relação à receita com contraprestações, o aumento no provisionamento equivaleria a 2,07% no caso da PIC e 0,54% no caso da PEONA/SUS. Na alternativa selecionada, estes impactos seriam escalonados em quatro anos. Em decorrência dos resultados da análise quantitativa de impacto e considerando-se o escopo das atividades das operadoras odontológicas, recomenda-se que não seja instituída PIC, neste momento, para essas operadoras.

Paralelamente, a normatização do compartilhamento de riscos tornou possível identificar os montantes relacionados às operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários. Isso permite que a regulação das provisões seja aprimorada, de modo a apenas exigir-se a provisão para eventos ocorridos e não avisados referente ao montante de eventos/sinistros reembolsados aos beneficiários e pagos aos prestadores privados de serviços de saúde – PEONA, havendo operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos, quando os contratos de planos de saúde forem em pré-pagamento e os pagamentos às operadoras prestadoras <sup>[4]</sup> forem em pós-pagamento. Essa possibilidade, face à alternativa de não fazer nada, também é discutida nesta nota.

Tendo em vista que a análise do problema foi feita na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, o cerne desta nota é a análise do impacto das propostas concernentes às alterações no provisionamento, focando-se nos possíveis efeitos no equilíbrio econômico-financeiro do setor, nos custos de implementação e nas adaptações necessárias nos processos de trabalho do órgão regulador. Os impactos previstos foram avaliados considerando-se o contexto de revisão da regulação econômico-financeira, em especial o objetivo de tornar o capital regulatório condizente com os riscos enfrentados pelas operadoras de planos de saúde. Tendo em vista que as formulações relativas ao capital têm como pressuposto a adequação do provisionamento, a discussão ora realizada é essencial para a evolução do quadro regulatório econômico-financeiro.

Espera-se que os dados e análise apresentados provejam a Diretoria Colegiada de elementos suficientes para que possa decidir sobre as medidas propostas.

## II. Introdução

---

Neste documento, relatam-se as etapas da análise de impacto regulatório realizada pela DIOPE com o fim de avaliar o subprovisionamento no setor e os meios de diminuí-lo. Serão apresentados dois aspectos do problema. O primeiro concerne ao subprovisionamento decorrente da não obrigatoriedade de provisionamento para despesas esperadas que não são abrangidas pela provisão de eventos e sinistros a liquidar (PESL), PEONA e provisão para remissão. O segundo refere-se à possibilidade de aperfeiçoar a estimativa da PEONA em decorrência da entrada em vigência da RN 430/2017.

No que se refere ao primeiro aspecto, a definição do problema, identificação dos atores afetados e descrição das possíveis alternativas de ação constam da nota técnica nº 03/2017/DIOPE <sup>[5]</sup>, apresentada aos participantes da Comissão Permanente de Solvência – CPS, em sua quinta reunião, realizada em 11/12/2017. Seis

alternativas regulatórias foram propostas, da realização de TAP e reconhecimento de eventuais deficiências aferidas no resultado das operadoras à alternativa de nada fazer. Entre esses dois extremos, considerou-se a possibilidade de estabelecer a constituição de provisões que ainda não são obrigatórias no setor, como a provisão referente aos eventos ocorridos e não avisados relativos a procedimentos realizados na rede pública, passíveis de ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde, e a PIC.

Tendo em vista o problema descrito e as alternativas apresentadas, solicitaram-se contribuições das entidades participantes da Comissão. A nota, bem como todos os documentos auxiliares referentes ao tema, foi disponibilizada no site da CPS <sup>[6]</sup> para consulta. Contribuições poderiam ser enviadas por qualquer interessado.

Paralelamente à discussão realizada na CPS, as regras para o compartilhamento de riscos foram discutidas em Câmara Técnica da qual participaram representantes do setor e da ANS. As discussões realizadas na Câmara originaram a RN 430/2017. Esta norma definiu as regras gerais para operações de compartilhamento de risco, tendo a premissa de que a responsabilidade contratual das operadoras com seus beneficiários não pode ser alterada em decorrência de operação de compartilhamento. Como exposto na nota técnica nº 07/2017/GEHAE/DIRAD-DIOPE/DIOPE <sup>[7]</sup>:

“Tal diretriz é essencial para fortalecer o entendimento de que essas operações devem se destinar a viabilizar economicamente a operação de planos de saúde, constituindo-se como um instrumento adicional para a gestão dos riscos associados às atividades das operadoras e não como uma forma de repassar ou transferir beneficiários no setor.”

(Trecho do §7º da terceira seção da nota)

Inicialmente, foram definidos os requisitos a serem observados no registro contábil e na divulgação das operações de que trata a norma. Com isso, pode-se direcionar a constituição de garantias financeiras das operadoras de acordo com as normas já existentes de provisões técnicas. De fato, a partir de 2018, é possível saber o montante de responsabilidades transferidas e assumidas, o que permite aprimorar também os critérios para a constituição da PEONA. A discussão sobre o impacto da alteração na fórmula de cálculo desta provisão será realizada nesta nota.

Prossegue-se a análise de impacto regulatório, em conformidade com as recomendações do Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório (AIR) da Casa Civil <sup>[8]</sup>, inclusive a de que a AIR deve sempre observar o princípio da proporcionalidade. Foram usados como referências adicionais o Guia Prático de Análise Ex Ante – Avaliação de Políticas Públicas <sup>[9]</sup> do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e a minuta de normativo sobre AIR em discussão na ANS. Considerando a larga experiência da Agência em relação ao tema, o fato de que não se trata de discussão inédita, mas de problema já discutido tanto na saúde suplementar, quanto em outros setores similares, como o de seguros, e de que visa implementar princípios gerais estabelecidos pela Associação Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS, sigla em inglês), a análise a ser feita será de nível I, na denominação do Guia elaborado pela Casa Civil, composta, então, pelas seguintes etapas:

1. Sumário Executivo;
2. Identificação do problema;
3. Identificação dos atores ou grupos afetados pelo problema regulatório;
4. Identificação da base legal;
5. Definição dos objetivos que se pretende alcançar;
6. Descrição das possíveis alternativas de ação;
7. Análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas de ação consideradas;
8. Estratégia de implementação, fiscalização e monitoramento;
9. Considerações sobre contribuições e manifestações recebidas ao longo da elaboração da AIR.

A identificação do problema, especialmente no que tange ao aspecto relacionado à não constituição de provisões que não sejam obrigatórias, foi realizada na nota técnica nº 03/2017/DIOPE. Também as etapas 3 e 6 foram discutidas naquela nota. É necessário, contudo, estender essa análise para considerar às possibilidades abertas pela norma de compartilhamento de riscos.

Com o fim de adaptar a análise a seu objeto e à dinâmica da discussão, as etapas serão apresentadas na seguinte ordem:

- I. Identificação do problema, especialmente no que tange aos aspectos relacionados aos efeitos do compartilhamento de riscos na PEONA, tendo em vista que os aspectos relacionados às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas foram tratadas na nota técnica nº 03/2017/DIOPE;
- II. Atores atingidos, especialmente no que tange aos aspectos relacionados aos efeitos do compartilhamento de riscos na PEONA, tendo em vista que os aspectos relacionados às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas foram tratadas na nota técnica nº 03/2017/DIOPE;
- III. Identificação da base legal;
- IV. Objetivos a serem alcançados;
- V. Descrição das alternativas <sup>[10]</sup>;
- VI. Considerações sobre contribuições e manifestações recebidas após apresentação do problema e das alternativas na Comissão Permanente de Solvência. As contribuições referem-se ao aspecto do problema relacionado às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas;
- VII. Análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas;
- VIII. Análise quantitativa de impacto das alternativas. Nesta seção, foram analisados possíveis impactos das alternativas relacionadas às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas;
- IX. Análise das alternativas propostas referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas em face à revisão do capital regulatório;
- X. Impactos administrativos, nas áreas técnicas e na Agência como um todo;

- XI. Considerações sobre as contribuições e manifestações recebidas após divulgação da avaliação das alternativas referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas; estratégia de implementação, fiscalização e monitoramento;
- XII. Conclusão.

### III. Identificação do problema

---

#### III.1 Contextualização <sup>[11]</sup>

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 à viabilidade das atividades das operadoras já em atuação. Provisões foram adotadas gradualmente, e a constituição da provisão para eventos ocorridos e não avisados e 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, a ANS está trabalhando para o aperfeiçoamento das regras de capital no setor de saúde suplementar desde 2013. 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. A regulação do compartilhamento de riscos e o detalhamento no plano de contas das operações dessa natureza permitem o aperfeiçoamento da regra para a PEONA geral, especialmente para as operadoras que utilizam os percentuais de contabilização determinados pela ANS <sup>[12]</sup>.

#### III.2 Identificação e magnitude

Conforme a RN 430/2017, o compartilhamento de riscos não implica a transferência de responsabilidade pelo beneficiário da operadora que foi originalmente contratada para a que administra a rede assistencial que será utilizada caso haja corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários. Ainda assim, a depender de como a operação de compartilhamento de riscos é realizada, pode alterar a forma como as despesas assistenciais se comportam e, por conseguinte, resultar em necessidades diferentes de provisão.

Para entender as implicações possíveis das operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários no provisionamento, há que se ter em consideração que a contabilização das despesas e dos eventos é feita de acordo com a modalidade do plano (pré-pagamento ou pós-pagamento). As corresponsabilidades transferidas de assistência à saúde são também classificadas conforme o tipo de contrato do beneficiário/contratante com a operadora e descontadas das contraprestações líquidas/prêmios retidos. Do outro lado, a apropriação da contraprestação da corresponsabilidade assumida pela operadora prestadora é contabilizada de acordo com a relação contratual com a operadora contratada (independentemente do tipo de contrato com o beneficiário). A operadora prestadora faz também a contabilização dos eventos dos beneficiários da operadora contratada.

Há, assim, quatro possibilidades:

1. O contrato da operadora com os beneficiários/contratante é em pré-pagamento, e o contrato com a operadora prestadora também é em pré-pagamento. Nesse caso, as receitas com contraprestações em pré-pagamento da operadora contratada serão reduzidas pelo montante das corresponsabilidades transferidas, e não serão contabilizados eventos referentes aos beneficiários desse contrato. A operadora prestadora deve contabilizar os valores recebidos como corresponsabilidade assumida em pré-pagamento e também contabilizar os eventos desses beneficiários em pré-pagamento;
2. O contrato da operadora com os beneficiários/contratante é em pré-pagamento, e o contrato com a operadora prestadora é em pós-pagamento. Para a operadora contratada, a contabilização é similar a situação descrita anteriormente. A operadora prestadora deve contabilizar a corresponsabilidade assumida e os eventos com os beneficiários do contrato de corresponsabilidade na modalidade pós-pagamento;
3. O contrato da operadora com beneficiários/contratante é em pós-pagamento, e o contrato com a operadora prestadora é em pré-pagamento. A operadora contratada deve contabilizar as corresponsabilidades transferidas em pós-pagamento, e a operadora contratada deve contabilizar as corresponsabilidades assumidas e os eventos em pré-pagamento;
4. Por fim, a última possibilidade é que ambos os contratos sejam em pós-pagamento, caso no qual todas as receitas e os eventos referentes aos beneficiários desses contratos serão contabilizadas na modalidade pós-pagamento.

A RN 393/2015 estabelece que as operadoras devem constituir PEONA, a ser apurada conforme metodologia atuarial definida por atuário legalmente habilitado, e permite às operadoras de pequeno e médio porte aplicar percentuais definidos na norma, observando o maior entre os seguintes valores:

I – 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido; e

II – 10% (dez por cento) do total de sinistros/eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses.

Considerando-se que o total das contraprestações/prêmios corresponde a soma das receitas com operações em saúde e que os sinistros/eventos correspondem aos eventos indenizáveis líquidos do plano de contas, as contraprestações de corresponsabilidade transferida de assistência à saúde reduzem as receitas com operações de saúde da operadora contratada, e o que é pago à operadora prestadora não é contabilizado como evento. As corresponsabilidades assumidas aumentam as receitas com contraprestações e os eventos das operadoras prestadoras.

Para o cálculo da PEONA, somente são consideradas as contraprestações e eventos na modalidade preço preestabelecido. Assim, quando o contrato com os beneficiários/contratantes for em pré-pagamento e o contrato entre esta operadora e a prestadora for em pós-pagamento, pode ser que nenhuma operadora constitua PEONA. Se o contrato de plano de saúde for em pós-pagamento e o contrato entre a operadora contratada e a prestadora for em pré-pagamento, esta constituirá PEONA, que não seria constituída se não houvesse a operação de compartilhamento de riscos.

Até a entrada em vigência das alterações no plano de contas decorrentes da RN 430/2017, não era possível saber como as operadoras constituíam a PEONA para os contratos com corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários, tampouco avaliar o impacto dessas operações no provisionamento do setor. A entrada em vigência da norma torna evidente que, se houver contrato dessa natureza em pós-pagamento, se a modalidade de contrato de plano de saúde for em pré-pagamento e se as duas operadoras utilizarem os percentuais definidos na RN 393/2015, haverá subprovisionamento, pois nenhuma das duas operadoras constituirá PEONA, ainda que tenha havido pagamento prévio para custeio de toda a utilização dos serviços de saúde (na rede direta da operadora ou por meio de compartilhamento), inclusive daqueles ocorridos, mas ainda não avisados.

Os dados contábeis preliminares do primeiro trimestre de 2018 permitem saber que 133 operadoras das 762 operadoras que apresentaram contraprestações emitidas/prêmios emitidos de assistência à saúde nos documentos de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde – DIOPS – recebidos até 18 de maio de 2018 transferiram corresponsabilidades, sendo, na denominação utilizada nesta nota, operadoras contratadas. O montante transferido até o momento equivale a 0,73% das contraprestações emitidas/prêmios emitidos de assistência à saúde.

### III.3 Evolução esperada do problema

A regulamentação do compartilhamento de riscos reduz as incertezas sobre a prática e torna mais provável o seu uso por diferentes operadoras. Além disso, o desenvolvimento da saúde suplementar tende a tornar mais usuais operações de transferência de riscos. Paralelamente, o comportamento típico das operadoras, conforme apresentado na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, é de reduzir tanto quanto possível as suas provisões, ainda que isso possa comprometer a sua solvência futura. É provável, assim, que não estando explícita a forma de contabilização da PEONA nos casos de compartilhamento de riscos, as operadoras optem pela forma de estimativa que provoque o menor provisionamento possível, mesmo que este não seja adequado.

## IV. Atores atingidos

Os atores atingidos, seja no caso de subprovisionamento decorrente de não existência da obrigatoriedade de provisões para despesas esperadas bastante comuns, seja decorrente de operações de compartilhamento de riscos, são os mesmos: as operadoras de planos de saúde, os beneficiários e o órgão regulador. Na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, foi analisado como cada um desses atores é atingido pelo problema no caso da não existência de obrigatoriedade da PIC, PEONA/SUS e TAP. Nesta seção, descrever-se-á como cada um desses atores é atingido no caso de subprovisionamento decorrente do compartilhamento de riscos. Como se trata do mesmo problema, as descrições serão muito semelhantes às da nota citada.

**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 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.

**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 dos beneficiários e das operadoras. 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.

No caso do compartilhamento de riscos, se o contrato de plano de saúde for em pré-pagamento e nenhuma das operadoras que são partes no contrato de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários provisionar os eventos relacionados a esses beneficiários, pequenas modificações no fluxo de caixa das operadoras podem comprometer os pagamentos aos prestadores e levar a dificuldades na prestação de assistência que atingirão diretamente esses beneficiários.

**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 seja reduzida a níveis pré-determinados pelo regulador;

II – Estabelecer exigências abaixo do que seria necessário para que a probabilidade de insolvência seja 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.

No que tange ao compartilhamento de riscos, é provável que esteja ocorrendo o erro tipo II. Isso porque, não havendo regra clara para o provisionamento, especialmente quando as operadoras utilizam o percentual definido na RN 373/2015, é provável que tendam a optar por estimar suas provisões de modo a contabilizar o menor montante possível. É possível que nem operadora contratada nem operadora prestadora constituam as provisões. Não havendo regra clara, mesmo que sejam detectadas situações desse tipo no monitoramento econômico-financeiro, a DIOPE pode ter dificuldades de fazer as operadoras adotarem o comportamento apropriado.

## V. Identificação da base legal

---

A competência da ANS para regular a matéria fundamenta-se no inciso XLII do art. 4º da Lei 9.961, de 2000, qual seja:

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Cumprir notar que a ANS já regula a matéria desde 2001, quando entrou em vigência a RDC 77, que dispôs sobre os critérios de constituição de garantias financeiras. Desde então, as normas econômico-financeiras foram aprimoradas, garantindo-se maior segurança aos consumidores de planos de saúde. A instituição de novas garantias foi feita com parcimônia a fim de diminuir possíveis impactos na viabilidade da oferta de planos de saúde.

Atualmente, o tema é regido pela RN 393, de 2015, que determina a constituição das seguintes provisões:

- Provisão de eventos e sinistros a liquidar (PESL);
- Provisão para eventos e sinistros ocorridos e não avisados (PEONA);
- Provisão para remissão;
- Provisão para prêmios/contraprestações não ganhas (PPCNG).

Outras provisões podem ser constituídas desde que consubstanciadas em nota técnica atuarial de provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE. Uma vez aprovada, a constituição da provisão torna-se obrigatória.

## VI. Objetivos a serem alcançados

---

O objetivo principal da proposta é diminuir o risco de insolvência das operadoras de planos de saúde. A determinação de regras prudenciais é um meio de impedir as operadoras de adotarem comportamentos arriscados que podem comprometer a sustentabilidade de suas operações.

A principal dificuldade na consecução desse objetivo é estabelecer políticas que diminuam a probabilidade de insolvência de operadoras e o impacto que estas situações geram para os consumidores sem que sejam impostas regras que onerem demasiadamente o setor. No caso em tela, é preciso garantir que haja recursos para o pagamento dos riscos e despesas previstos.

Para eventos e riscos já ocorridos, a manutenção de recursos a eles associados é indispensável para a sustentabilidade da operadora no curto e longo prazo. Para eventos e riscos a incorrer, o período a ser considerado dos eventos futuros deve ser coerente com a vigência dos contratos e a possibilidade de mudança em fatores exógenos que alterem as previsões, a fim de não se estabelecer exigências maiores que as necessárias. Nos dois casos, para muitas operadoras, isso implica mudar de um regime de caixa, no qual a despesa somente é incorporada nas demonstrações financeiras quando de seu pagamento, para um regime de competência, no qual o registro do evento é feito na data do fato que o gerou.

Objetivo específico é aprimorar o processo de monitoramento econômico-financeiro no setor de saúde suplementar. A regularidade na constituição das provisões técnicas e dos respectivos ativos garantidores é um dos sinalizadores da solvência das operadoras. Se as provisões técnicas estão subdimensionadas, pode-se não se identificar, à primeira vista, problemas na atividade das operadoras, o que prejudica o acompanhamento econômico-financeiro regular e a atuação preventiva da ANS.

## VII. Descrição das alternativas

---

### VII.1 Alternativas referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas

Na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, foram descritas as alternativas consideradas pela DIOPE, quais sejam:

- Obrigar a realização de TAP e o reconhecimento das deficiências aferidas no valor do passivo por contrato de seguro no resultado;
- Obrigar a realização de TAP 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 TAP 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 foram determinadas de forma a representar diferentes níveis de impacto no setor. Não há impacto em não fazer nada, mas também não se corrige o problema. A instituição da PEONA/SUS e PIC podem corrigir o problema para a maior parte das operadoras. Seu impacto para cada operadora depende do quanto intensa é a utilização da rede pública pelos beneficiários da operadora e do tamanho do desequilíbrio nos planos já contratados. A obrigatoriedade de realização do TAP, com incorporação de possíveis deficiências nas demonstrações econômico-financeiras resolve o problema, mas seu impacto não é previsível, considerando-se os dados atualmente disponíveis, e pode ser bastante significativo.

## **VII.2 Alternativas referentes aos efeitos do compartilhamento de riscos na PEONA**

Tendo em vista o problema e objetivos apresentados, a DIOPE avaliou duas alternativas de ação. A primeira é não alterar a regulação vigente concernente às provisões.

Não fazer nada permite às operadoras que utilizam o percentual definido na RN 393, de 2015 interpretar o que significa total de contraprestações/prêmios e total de sinistros/eventos da forma que lhes for mais conveniente. Conforme dados anteriormente citados, referentes ao primeiro trimestre de 2018, 133 operadoras contabilizaram contraprestações de corresponsabilidade transferida, correspondendo estas a 0,73% das receitas com operações de assistência à saúde.

A segunda alternativa considerada é estabelecer na RN 393, de 2015 que a estimação da PEONA deve considerar as operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários. Nessa alternativa, nas situações em que há contrato de plano de saúde em pré-pagamento e contratação em pós-pagamento de operadora prestadora, não há dúvidas de que a operadora contratada deve constituir PEONA. Dessa forma, após regular o compartilhamento da gestão de riscos, o regulador estabelece diretriz sobre seus efeitos na apuração da PEONA na norma de provisões técnicas.

Nas situações em que há contratação de plano de saúde em pós-pagamento e contrato de prestação de serviços com outra operadora em pré-pagamento, se a operadora prestadora utilizar os percentuais definidos no art. 11 da RN 393/2015, deverá constituir PEONA. Embora não houvesse a constituição de PEONA se não houvesse a operação de compartilhamento de riscos, sua constituição é recomendada neste caso, pois a operadora prestadora está auferindo recursos fixos antecipadamente para custear eventos que são variáveis.

É importante ressaltar que não fazer nada pode ter impacto no caso em tela. Isso porque foi apenas a partir de 2018 que as operações de compartilhamento de riscos passaram a ser explicitamente contabilizadas. Era mais difícil para as operadoras utilizarem essas operações para diminuir, artificialmente, seu provisionamento. Já a alternativa proposta complementa a regulação existente e impede que as operadoras se utilizem de interpretações da RN 393, de 2015 para agir contrariamente ao objetivo da regulação prudencial.

## **VIII. Considerações sobre contribuições e manifestações recebidas após apresentação do problema e das alternativas**

### **Considerações sobre as propostas referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas**

Na quinta reunião da CPS foi apresentada Análise de Impacto Regulatório preliminar, da qual constava a identificação do problema, dos atores atingidos e as alternativas de ação consideradas. Os participantes da Comissão foram chamados a contribuir na análise do problema e das alternativas. Qualquer interessado poderia participar por meio de envio de mensagem a endereço eletrônico amplamente divulgado no site da Comissão e nas reuniões.

Foram recebidas três contribuições. A primeira, da Unidas – Autogestão em Saúde <sup>[13]</sup>, ressaltava as peculiaridades das autogestões, operadoras sem fins lucrativos, cujos planos não são comercializados, pois são disponibilizados a grupos fechados de pessoas. Os contratos firmados pelas autogestões são, em geral, coletivos com mais de trinta vidas, com grande participação de idosos e baixo índice de cancelamento. Os reajustes são discutidos e aprovados em assembleia geral, da qual fazem parte os beneficiários. Tendo em vista essas características, a Unidas avaliou que as regras vigentes são suficientes para observância da regulação prudencial e que novas provisões onerariam os trabalhadores e poderiam desestimular os patrocinadores. Assim, a entidade considerou que a melhor opção seria não fazer nada.

As autogestões têm, de fato, peculiaridades que são consideradas na regulação do setor. No que tange à regulação econômico-financeira, a possibilidade de ter um mantenedor, que garanta os riscos da atividade da operadora, de modo que esta não precise constituir garantias financeiras, somente é permitida a esse grupo de operadoras. As autogestões sem mantenedor foi facultado escalonamento da margem de solvência até dezembro de 2023.

Há que se considerar, contudo, que a atividade das autogestões é muito similar a das demais operadoras. A maior parte cobra de seus beneficiários um valor fixo periódico como contrapartida à possibilidade de utilizar os serviços de saúde. Os custos assistenciais variam, assim, de acordo com a utilização dos serviços pelos beneficiários e, em alguns momentos, podem mesmo superar as receitas, que são, em grande parte, pré-estabelecidas. Embora não tenham finalidade lucrativa, o equilíbrio econômico-financeiro depende da manutenção de recursos que garantam a solvência mesmo quando a utilização dos serviços cobertos seja relativamente alta.

A relação com os prestadores de serviços de saúde também é similar a das demais operadoras. Autogestões podem operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada. O pagamento por procedimento é usual e, de acordo com a Pesquisa Nacional 2015 - UNIDAS, 82,5% das entidades filiadas usavam a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como referência para a remuneração. Como adotam as mesmas formas de remuneração e também atuam com a cobrança de contraprestações fixas, os riscos incorridos pelas autogestões são similares aos riscos decorrentes da atividade de operadoras de outras modalidades. Assim, caso seja necessário aperfeiçoar as regras econômico-financeiras do setor, estes aperfeiçoamentos devem incluir as autogestões.

A segunda contribuição recebida foi da Unimed do Brasil <sup>[14]</sup>. Inicialmente, a entidade relaciona aspectos gerais das discussões propostas na CPS, afirmando a adequação dos temas ao contexto atual da saúde suplementar brasileira. Em seguida, são ressaltadas as peculiaridades das cooperativas médicas, quais sejam, a utilização de fundos de alto custo para mitigação do risco de subscrição, o uso do intercâmbio, que também mitigaria os riscos de subscrição e de crédito, a existência de rede própria e de rede cooperada, esta sendo ao mesmo tempo prestadora de serviço e sócia. Esse aspecto é enfatizado pela entidade, que advoga não dever a remuneração do médico cooperado compor o cálculo da margem de solvência.

De fato, as cooperativas, tanto médicas quanto odontológicas, têm a singularidade de seus sócios serem, em grande parte, também os principais prestadores de serviços. Dessa forma, a princípio, alguns problemas de incentivos bastantes comuns no setor não afetariam essas modalidades. Paralelamente, a recomposição de perdas ou prejuízos poderia ser feita pelo aporte de recursos dos cooperados, sob a forma de diminuição dos valores distribuídos. Na maior parte dos casos, todavia, não é imediata a recomposição, tampouco automática. Assim, em que pese a DIOPE não se furta a discussão proposta pela Unimed Brasil, o tema deve ser analisado cuidadosamente. Como concerne apenas às cooperativas e considerando que a proposta ora discutida não se refere às regras de capital ou a regulamentos específicos

destinados apenas às cooperativas, não será analisada nesta nota. Cumpre salientar que a Unimed do Brasil se posicionou favoravelmente a utilização do teste de adequação de passivos na saúde suplementar, considerando-o ferramenta fundamental no processo de aperfeiçoamento das regras econômico-financeiras do setor.

A terceira contribuição recebida foi do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA)<sup>[15]</sup>. O IBA analisou as seis propostas apresentadas na reunião da CPS. A ANS apontou duas principais dificuldades para a realização do TAP na saúde suplementar. Como os contratos de planos individuais/familiares não têm vigência pré-determinada, seria preciso prever o fim da vigência de cada contrato. Discutiu-se a possibilidade de considerar não apenas a probabilidade de falecimento dos beneficiários, mas também a de cancelamento do contrato. Ademais, discutiu-se a possibilidade de a exigência de realização do TAP diminuir ainda mais o interesse das operadoras pela comercialização desse tipo de plano, já que poderia aumentar substancialmente a necessidade de provisão. O IBA avaliou ser necessário considerar uma taxa de cancelamento conforme a realidade de cada operadora, em cada uma de suas carteiras, por modalidade de contratação. Sugeriu, ainda, que fosse adotado para o segmento de pessoa física uma projeção por tempo determinado, com recálculo anual.

Em relação às propostas apresentadas que permitiam o escalonamento de eventuais necessidades constatadas por meio do TAP ou de provisões técnicas ou a apresentação das necessidades apenas em notas explicativas (quatro das seis propostas apresentadas), o IBA fez notar que a melhor prática, em termos técnicos, exige que o passivo esteja corretamente apurado e as provisões constituídas considerando o risco assumido. Notou, contudo, que essa recomendação não considerava aspectos econômico-financeiros do setor. Sugeriu, ainda, que fossem criados quadros-auxiliares ao DIOPS, ao invés de usadas notas explicativas, para publicização das provisões ou necessidades a serem escalonadas. O Instituto entende que isso poderia diminuir a probabilidade de haver ressalvas dos auditores nas demonstrações financeiras em decorrência de constituição insuficiente de provisões.

Além dessas considerações, em referência à análise de impacto apresentada pela ANS relativa à constituição da PIC, o IBA avaliou que estaria subestimada em decorrência de os dados utilizados serem contábeis e do período levado em consideração (um ano) ser curto. Por fim, o Instituto externou sua discordância em relação à proposta de não fazer nada, que não seria uma alternativa positiva se o propósito da ANS era estabelecer regras para a busca de um mercado solvente.

A DIOPE aprimorou as propostas referentes à realização do TAP. A taxa de cancelamento de contratos pode ser considerada na estimação dos fluxos, caso seja considerado pertinente pelo atuário responsável. Não foi incorporada a sugestão de projeção por prazo fixo por não se ter parâmetros adequados para determinar qual seria esse prazo. No que tange às observações sobre a necessidade de que o passivo esteja corretamente apurado e as provisões constituídas considerando o risco assumido, a DIOPE reconhece que essa é a prática atuarialmente recomendável, mas avalia que pode não ser a melhor opção, haja vista os impactos que traria para o setor. Essa questão será tratada na seção VI, quando será feita a análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas consideradas.

Sobre a utilização de quadros-auxiliares ao DIOPS, no lugar do relato em notas explicativas de possíveis escalonamentos em provisões técnicas ou insuficiências constatadas no TAP, a DIOPE avaliou que, sendo explicitadas as necessidades de provisionamento e sendo de conhecimento do auditor, é provável que haja ressalva, especialmente se a Agência subscrever o CPC 11. Assim, a determinação de como serão explicitadas insuficiências ou escalonamentos será feita após definição do Comitê Contábil da ANS sobre a convalidação do CPC 11.

Por fim, há que se observar que a PIC pode ser calculada de diversas formas. A partir dos dados contábeis e assumindo hipóteses razoáveis, foi estimado montante que, a princípio, se associaria à provisão. Adotando-se premissas diferentes, provavelmente, a estimativa de impacto seria alterada. Melhor estimativa da PIC somente seria possível quando determinada regras específicas sobre a contabilização da provisão. Nesta nota, na seção VII, as estimativas do impacto da PIC são atualizadas.

## **IX. Análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas**

### **IX.1 Impactos referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas**

Nesta subseção, serão analisados qualitativamente os impactos das alternativas apresentadas concernente ao aspecto do problema relacionado às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas, considerando-se um período de quatro anos. A escolha desse período decorre de o escalonamento da margem de solvência terminar em 2022 (exceto para autogestões). Durante esse período, a regra base do capital regulatório permanecerá estável, o que facilita a realização de projeções sobre os resultados das operadoras e a estimação de impacto das alternativas em análise.

Inicialmente, será feita análise de risco das alternativas a fim de avaliar sua capacidade de reduzir de forma eficaz e eficiente a probabilidade de insolvência das operadoras. O resultado da análise de risco será contraposto à análise qualitativa do impacto das alternativas. A análise qualitativa foi feita por meio de análise multicritério, que se baseou nos seguintes itens:

- Impactos positivos: o aumento do controle das operadoras sobre suas atividades e acompanhamento dos resultados de seus produtos e a possibilidade de investidores e outros agentes interessados terem acesso a mais dados sobre o desempenho das operadoras podem ser impactos positivos de algumas das medidas ora propostas. A diminuição de práticas que reduzem o bem-estar geral, como a comercialização de produtos com preços iniciais muito baixos, visando a aplicação de reajustes consideráveis quando for mais difícil para o beneficiário trocar de plano ou o incentivo para que as operadoras adotem ações a fim de diminuir a utilização da rede pública por seus beneficiários também são possíveis impactos positivos.
- Impacto econômico-financeiro: tanto a instituição de provisões obrigatórias quanto a incorporação dos resultados do TAP podem impactar as demonstrações financeiras das operadoras. As provisões podem aumentar o passivo, exigindo que as operadoras mantenham mais ativos. Deficiências apuradas podem também engendrar a constituição de provisões ou, de outra forma, serem incorporadas nos resultados. Há que se notar, contudo, que a constituição de provisões - apenas explicitam despesas ou outras obrigações que já eram esperadas.
- Impacto na comercialização de planos individuais: tanto o TAP quanto a PIC, quando constituída por meio de metodologia prospectiva, relacionam-se com os fluxos projetados de receitas e despesas dos contratos de planos de saúde. Como a vigência dos contratos de planos individuais é longa e há menor controle das operadoras sobre variáveis que impactam diretamente esses fluxos, como os reajustes periódicos por variação de custos, é maior a probabilidade de que os fluxos desses planos apresentem deficiências. Se houver a obrigatoriedade de incorporar essas deficiências nos demonstrativos econômico-financeiros, esse ônus entrará no cálculo da decisão da operadora sobre os produtos a serem comercializados. No caso da PIC, como a operadora poderá utilizar método retrospectivo, o efeito de sua instituição tende a ser minimizado.
- Impacto concorrencial: A instituição de novas regras prudenciais pode diminuir o número de potenciais entrantes no setor por aumentar a necessidade de recursos financeiros a serem investidos na atividade (sejam próprios, sejam de terceiros) e por, eventualmente, diminuir o retorno da atividade.
- Impacto desigual sobre operadoras: Uma norma também pode influenciar a competição e a dinâmica do setor se os impactos gerados forem diferentes conforme as características das operadoras. Nesse caso, a depender do impacto e das operadoras atingidas, é possível que determinado grupo de beneficiários sejam mais atingidos – por exemplo, consumidores de planos menos custosos ou de planos individuais/familiares.

As alternativas serão avaliadas em relação à situação atual, sendo classificadas em uma escala de um a cinco. Para alguns dos critérios, quanto maior a pontuação, melhor, para outras, quanto menor, melhor. A direção da gradação será informada no título de cada tabela de avaliação. Ao final, na tabela resumo, serão ordenadas as classificações conforme os critérios de forma que, se o impacto for positivo, a alternativa melhor classificada (1) será a que tem maior impacto e, se o impacto for negativo, a alternativa melhor classificada (1) será a com menor impacto.

Pode-se observar que os impactos considerados se relacionam diretamente apenas às operadoras. Contudo, todos os impactos descritos afetam, indiretamente, os beneficiários de planos de saúde. A diminuição do risco de insolvência beneficia também os consumidores, que correm menos riscos de contratarem planos de saúde que não cobrem os serviços contratados. Por outro lado, o impacto econômico-financeiro pode engendrar aumentos de preços de planos, impacto na comercialização de planos individuais e mudança na dinâmica competitiva do setor. A desigualdade do impacto entre grupos distintos de operadoras influencia também o contexto concorrencial e pode mudar o conjunto de planos disponíveis para contratação.

Nas tabelas seguintes, é apresentada análise multicritério realizada conforme os procedimentos acima.

Tabela 1 – Análise de risco das alternativas		
Análise de risco (quanto mais +, melhor)		
Alternativa	Descrição do Impacto	Pontuação
Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	A realização do TAP e o reconhecimento de deficiências no resultado minimizam a probabilidade de operadoras não terem recursos para custear as despesas esperadas, o que diminui a probabilidade de insolvência consideravelmente.	++++
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.	A realização do TAP pode ser um meio de as operadoras avaliarem suas práticas e corrigir ações que não tenham resultados positivos. O escalonamento do reconhecimento de eventuais deficiências aferidas, contudo, diminui o impacto positivo que o TAP poderia trazer para reduzir o risco de insolvência das operadoras.	++
Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	A realização do TAP pode ser um meio de as operadoras avaliarem suas práticas e corrigirem ações que não tenham resultados positivos.	+
Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Considerando que a PEONA/SUS e a PIC são as duas principais provisões ainda não obrigatórias, torná-las obrigatórias poderia ter efeito similar à realização do TAP e reconhecimento das deficiências nos resultados, com diminuição considerável da probabilidade de insolvência das operadoras.	+++
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.	A instituição da obrigatoriedade de constituição de PEONA/SUS e PIC, nos casos devidos, diminuiria a probabilidade de insolvência das operadoras, mas, a permissão de escalonamento dessas provisões faria com que a totalidade da diminuição dos riscos só fosse alcançada no final de 2022.	++
Não fazer nada	A probabilidade de insolvência de uma operadora permaneceria a mesma.	nulo

Tabela 2 – Análise multicritério: Impactos positivos		

Impactos positivos (não relacionados em outros itens - quanto mais +, melhor)		
	Descrição do Impacto	Pontuação
Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	A obrigatoriedade de reconhecer deficiências apuradas no TAP no resultado pode levar as operadoras a melhor precificarem seus produtos e desestimular práticas que diminuam o bem-estar no setor, como o estabelecimento de preços iniciais reduzidos, com a perspectiva de recuperar eventuais prejuízos com a cobrança de altos reajustes em períodos posteriores. As operadoras teriam, ainda, maior controle sobre as suas atividades e conhecimento de seu negócio.	++++
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.	Mesmo se escalonado o reconhecimento das deficiências, a alternativa estimularia a melhor precificação dos produtos. As operadoras teriam, ainda, maior controle sobre as suas atividades e conhecimento de seu negócio.	+++
Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	As operadoras teriam maior controle sobre suas atividades e conhecimento de seu negócio.	++
Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Estimula as operadoras a adotarem ações e práticas que evitem a utilização da rede pública por seus beneficiários. Aumenta o conhecimento das operadoras sobre seu negócio.	++++
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.	Estimula, em menor grau, as operadoras a adotarem ações e práticas que evitem a utilização da rede pública por seus beneficiários. Aumenta o conhecimento das operadoras sobre seu negócio.	++
Não fazer nada		nulo

Tabela 3 – Análise multicritério: Impacto econômico-financeiro

Impacto econômico-financeiro (quanto mais +, pior)		
	Descrição do Impacto	Pontuação
Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	É difícil mensurar o impacto das alternativas relacionadas à realização do TAP, pois os resultados deste dependem das perspectivas das operadoras no curto e longo prazo. Ainda assim, é provável que essa seja alternativa com maior impacto econômico-financeiro.	++++
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.	Como no caso anterior, não é possível mensurar o impacto econômico-financeiro da alternativa. Sabe-se, contudo, que este será menor que o da primeira, que exige o reconhecimento imediato de eventuais deficiências no valor do passivo.	+++
Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	Não haveria impacto econômico-financeiro direto, pois eventuais deficiências não seriam reconhecidas no resultado. Contudo, a divulgação em notas explicativas das deficiências pode gerar ressalva de auditores e, eventualmente, aumentar os custos para as operadoras de obtenção de financiamento.	+
Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Considerando-se as despesas e receitas de 2016, o montante da PIC a ser constituído (utilizando-se método retrospectivo) equivaleria, em média, a 3,28% das contraprestações das operadoras médico-hospitalares e a 1,17% das operadoras odontológicas. O montante da PEONA/SUS estimado é de 0,50% dos eventos indenizáveis*.	+++
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.	Nessa alternativa, o impacto, no primeiro ano, equivaleria a um quarto do estimado na alternativa anterior, aumentando gradualmente até atingir o total estimado em quatro anos.	++
Não fazer nada		nulo

Tabela 4 – Análise multicritério: Impacto na comercialização de planos individuais

Impacto sobre a comercialização de planos individuais (quanto mais +, pior)		
	Descrição do Impacto	Pontuação
Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	Como os contratos de planos individuais são de longo prazo e há variáveis relevantes a afetar o desempenho desses planos sobre as quais as operadoras não tem controle, é possível que a obrigatoriedade de realização do TAP e de reconhecimento de eventuais deficiências no resultado afete a comercialização desses planos.	++++
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.	Mesmo se escalonando o reconhecimento de eventuais deficiências aferidas no TAP no resultado, essa alternativa impactaria a decisão das operadoras de comercializar planos individuais, pois todas as deficiências deverão estar reconhecidas em quatro anos, e as operadoras sabem disso.	++++
Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	Como os contratos de planos individuais são de longo prazo e há variáveis relevantes a afetar o desempenho desses planos sobre as quais as operadoras não tem controle, é possível que o resultado do TAP seja deficitário. Como este não deverá ser reconhecido no resultado, o impacto sobre as decisões de comercialização de planos individuais é bastante reduzido.	+
Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Não tende a afetar significativamente a comercialização de qualquer tipo de plano.	nulo
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 tende a afetar significativamente a comercialização de qualquer tipo de plano.	nulo
Não fazer nada		nulo

Tabela 5 – Análise multicritério: Impacto na concorrencial

Impacto concorrencial (quanto mais +, pior)		
	Descrição do Impacto	Pontuação
Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	Considerando que há liberdade inicial de precificação, a obrigação de realização do TAP não se constituiria em maior ônus para eventuais entrantes se precificarem adequadamente seus produtos. Para as operadoras que já atuam no setor e comercializaram produtos individuais inadequadamente precificados, reconhecer as deficiências aferidas pode afetar esses resultados consideravelmente e impactar na sua capacidade de competir.	+
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.	Não haveria impacto na entrada ou na capacidade de competição de operadoras.	nulo
Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	Não haveria impacto na entrada ou na capacidade de competição de operadoras.	nulo
Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Algumas operadoras poderiam ter suas demonstrações econômico-financeiras consideravelmente impactadas, o que poderia afetar sua capacidade competitiva.	++
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.	Como o impacto nas demonstrações econômico-financeiras serão paulatinos, as operadoras mais afetadas teriam tempo para adaptar-se.	+
Não fazer nada		nulo

Tabela 6 – Análise multicritério: Impacto desigual sobre as operadoras

Impacto desigual sobre operadoras (quanto +, pior)		
	Descrição do Impacto	Pontuação
Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	O TAP tende a ter maior impacto para as operadoras que comercializam planos individuais/familiares ou que já o comercializaram, pois a vigência desses planos é longa e há menor liberdade no estabelecimento de variáveis relevantes para os fluxos financeiros, como o reajuste por variação de custos.	++++
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.	Haveria maior impacto também para as operadoras que comercializam ou já comercializaram planos individuais/familiares, mas esse impacto seria escalonado ao longo do tempo.	++++
Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	Os resultados do TAP para as operadoras que comercializam ou já comercializaram planos individuais/familiares podem mostrar deficiências, mas como não se obriga o reconhecimento dessas deficiências nos resultados, o impacto para as operadoras seria bem limitado.	+
Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Operadoras cujos beneficiários utilizam mais a rede pública de saúde seriam mais afetadas por essa alternativa.	++
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.	Operadoras cujos beneficiários utilizam mais a rede pública de saúde seriam mais afetadas por essa alternativa, mas o impacto seria menor que na alternativa anterior, pois seria escalonado ao longo do tempo.	+
Não fazer nada		nulo

Tabela 7 – Sumário dos resultados da avaliação dos critérios

	Análise de risco	Impacto positivo	Impacto econômico-financeiro	Impacto concorrencial	Impacto desigual sobre operadoras	Impacto sobre a comercialização de planos
1 Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	1	2	5	2	5	3
2 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.	3	3	4	1	4	3
3 Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	4	4	2	1	2	2
4 Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	2	1	4	3	3	1
5 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.	3	4	3	2	2	1
6 Não fazer nada	5	5	1	1	1	1

Como esperado, a alternativa com menor impacto negativo é não fazer nada, que é a base de comparação. Contudo, esta é também a alternativa com menor impacto positivo e aquela pior avaliada na análise de riscos, já que não reduz a probabilidade de insolvência das operadoras. Dentre as alternativas que são capazes de, em algum grau, reduzir de forma eficaz e eficiente a probabilidade de insolvência das operadoras, destacam-se as alternativas 3 e 5, conforme numeração da tabela 7. A terceira alternativa foi a melhor classificada em três das alternativas e a quinta, em duas (como a quarta alternativa, mas a quinta foi também a segunda melhor classificada em duas alternativas).

Ambas têm a mesma classificação no que tange aos impactos positivos, mas esses impactos não são exatamente iguais. Em ambas as alternativas, induzem-se as operadoras a avaliar o desempenho de seus produtos, mas, na quinta, há também a indução à realização de práticas que diminuam a utilização pelos beneficiários da rede pública. Tendo isso em consideração e que, mesmos somados, os impactos negativos das duas alternativas conjuntamente não são maiores que os impactos das demais, a melhor alternativa é combinar a terceira com a quinta.

Como foi afirmado anteriormente, os impactos nos beneficiários são reflexos dos impactos nas operadoras e nos ambientes competitivos. Sendo estas as alternativas com menor impacto para as operadoras, serão também as com menores impactos para os beneficiários. Saliente-se que alguns dos impactos positivos

analisados na tabela 2, acima, refletem-se mais diretamente nos beneficiários. Por exemplo, a indução para que as operadoras adotem ações que diminuam a utilização da rede pública de saúde por seus beneficiários.

Os impactos na ANS e em seus processos internos serão analisados em seção específica.

## IX.2 Impactos referentes aos efeitos do compartilhamento de riscos na PEONA

O subprovisionamento relacionado aos efeitos do compartilhamento de riscos na PEONA é, provavelmente, bem menor do que o analisado na subseção anterior. Isso porque atingiria apenas as operadoras que realizam operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários e seus beneficiários. Como mencionado anteriormente, de acordo com as informações apresentadas no DIOPS relativo ao 1º trimestre de 2018, 133 operadoras realizam operações desse tipo.

Dessas, apenas as que firmaram contratos de planos de saúde em pré-pagamento e contratos para a gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários em pós-pagamento poderiam interpretar a norma a fim de reduzir o montante de PEONA a constituir. As operadoras que utilizam os percentuais definidos no art. 11 da RN 393/2015 e que têm corresponsabilidade transferida tenderiam a assim proceder em decorrência do próprio texto do normativo, que se refere às contraprestações e aos sinistros/eventos indenizáveis.

Para que essas operadoras se isentassem de qualquer obrigação de constituição de PEONA deveriam realizar operações de corresponsabilidade que abrangessem todos os seus beneficiários, o que não é usual. Conforme os dados contábeis, para apenas cinco operadoras, as corresponsabilidades transferidas correspondem a mais de 70% das contraprestações emitidas/prêmios emitidos de assistência à saúde. Em média, para as operadoras que têm corresponsabilidades transferidas, o valor dessas corresponde a 2,93% das contraprestações emitidas/prêmios emitidos de assistência à saúde.

Apesar de, atualmente, pequeno, como observado na análise do problema, é provável que operações de compartilhamento de riscos se tornem cada vez mais utilizadas, o que tende a aumentar o problema. Agir enquanto este não cresceu pode minimizar custos de atuação da ANS.

Para avaliar o impacto da alternativa proposta, vis-à-vis a possibilidade de nada fazer, as vantagens e desvantagens de cada uma das opções são apresentadas nas tabelas 8 e 9, abaixo. Os benefícios e custos de cada uma das alternativas são relacionados nas tabelas 10 e 11, abaixo. Como o objetivo é minimizar o risco de insolvência das operadoras de forma eficaz e eficiente, também foi feita análise de riscos, apresentada na tabela 12, abaixo.

Tabela 8 – Vantagens e Desvantagens de Não se fazer nada	
Não fazer nada	
Vantagens	Desvantagens
Não há custos administrativos para alteração das normas.	Pode haver menor provisionamento do que seria necessário considerando-se os contratos de planos de saúde firmados e as despesas esperadas.
Não há custos para os regulados.	O monitoramento econômico-financeiro de operadoras que têm corresponsabilidade transferida fica comprometido, sendo necessária a realização de procedimentos adicionais a fim de verificar se as provisões estão contabilizadas corretamente.

Tabela 9 – Vantagens e Desvantagens de alterar a RN 393/2015 com vistas a explicitar que operações de compartilhamento devem ser consideradas na estimativa da PEONA	
Estabelecer que corresponsabilidades transferidas devem ser consideradas na estimativa	
Vantagens	Desvantagens
As provisões serão constituídas de acordo com o quanto de riscos a operadora retém.	Há custo pontual de alteração do normativo vigente.
Os procedimentos usuais realizados no acompanhamento econômico-financeiro são suficientes para verificar o provisionamento das operadoras com corresponsabilidade transferida.	Algumas operadoras terão de reformular o modo como estão provisionando os eventos ocorridos, mas não avisados.

Tabela 10 – Custos e Benefícios de não se fazer nada	
Não fazer nada	
Custos	Benefícios
No acompanhamento econômico-financeiro, serão necessários procedimentos adicionais para verificar a adequação do provisionamento de operadoras que têm corresponsabilidade transferida.	Estabilidade da forma de constituição da PEONA.

Tabela 11 – Custos e Benefícios de alterar a RN 393/2015 com vistas a explicitar que operações de compartilhamento devem ser consideradas na estimativa da PEONA	

Estabelecer que corresponsabilidades transferidas devem ser consideradas na estimativa	
Custos	Benefícios
Custo de alterar a RN 393/2015 para que seja estabelecido explicitamente como as operadoras devem provisionar quando têm corresponsabilidades transferidas relacionadas a contratos de planos de saúde em pré-pagamento e os contratos de corresponsabilidade são em pós-pagamento.	Maior probabilidade de constituição correta da PEONA, o que diminui a probabilidade de insolvência das operadoras.
Custo para algumas operadoras de reformular os parâmetros de provisionamento dos eventos ocorridos e não avisados.	Possibilidade de utilização de procedimentos mais eficientes no acompanhamento econômico-financeiro.

Tabela 12 – Análise de riscos das alternativas		
Análise de risco (quanto mais +, melhor)		
Alternativa	Descrição do Impacto	Pontuação
Não fazer nada	Operadoras que têm corresponsabilidade transferida em pós-pagamento referente a contratos de planos de saúde em pré-pagamento e que utilizam o percentual estabelecido na RN 393/2015 podem não constituir PEONA relacionada aos eventos desses contratos. As provisões constituídas podem não ser suficientes para fazer frente às despesas esperadas, aumentando o risco de insolvência dessas operadoras.	+++
Reformular o art. 11 da RN 393/2015	Diminui o risco de que as operadoras relacionadas no item anterior não constituam PEONA adequadamente.	++++

As vantagens e desvantagens, custos e benefícios e a análise de riscos mostram que os custos associados à reformulação dos artigos concernentes à PEONA da RN 393/2015 a fim de explicitar quando esta deve ser estimada nos casos de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários são pequenos e, em grande parte, já foram incorridos, haja vista que se relacionam com o processo de alteração normativa. O risco de não proceder a alteração não é grande, haja vista a quantidade reduzida de operadoras que poderiam não constituir adequadamente a PEONA, mas poderia ser minimizado com a alteração proposta.

## X. Análise quantitativa de impacto das alternativas

### Impactos referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas

O objetivo desta seção é aferir, quando possível, o impacto econômico-financeiro das alternativas em discussão. Não se pretende realizar análise de custo e benefício, o que implicaria mensurar monetariamente todos os custos e os benefícios, que, neste caso, são particularmente difíceis de monetizar. Ainda que o resultado da análise não permita ordenar as alternativas, conjuntamente com os resultados da análise qualitativa feita na seção anterior, é um importante instrumento para a tomada de decisão.

Nesse sentido, vale considerar que a estimativa do impacto econômico-financeiro da incorporação no resultado de eventuais deficiências constatadas pelo TAP, realizada apenas com base nos dados periódicos coletados pela ANS, seria bastante imprecisa, não sendo possível sequer avaliar se os erros tenderiam a sobrestimar ou subestimar o impacto. Sabe-se, contudo, que o impacto dessa alternativa seria sempre maior ou igual a de obrigatoriedade da PIC, pois esta é bastante semelhante ao do TAP se feita por metodologia prospectiva e considerado período semelhante de abrangência e, provavelmente menor, em todos os outros casos.

A dificuldade de se aferir o impacto do TAP, somada ao fato de que este pode ser considerável, aponta para a necessidade de se viabilizar a coleta de dados que possam ser utilizados na aferição de impacto, antes de sua adoção. A alternativa de obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras cria os instrumentos necessários para se avaliar incorporação do teste.

A PIC pode ser realizada por diferentes metodologias. Eventual normativo que a estabeleça deve garantir que as operadoras possam constitui-la da forma que considerem mais adequada ao gerenciamento de seu negócio, contanto que respeitadas as orientações que o órgão regulador julgue imprescindível para que o cálculo da provisão seja condizente com o seu fim. Para a estimação de seu impacto, adotou-se metodologia retrospectiva, baseada no índice combinado.

O índice combinado é a divisão das despesas assistencial, comercial e administrativa pela receita com contraprestações. Quando maior que um, revela que as contraprestações não são suficientes para custear as despesas que formam o numerador do índice. É, assim, um indicador de insuficiência de contraprestações ou prêmios.

Para o presente fim, foram calculados o índice combinado agregado, considerando-se as despesas administrativa, comercial e assistencial e a receita com contraprestações <sup>[16]</sup> e os índices combinados considerando-se cada tipo de contratação (individual/familiar, por adesão e empresarial). Os resultados por tipo de plano foram multiplicados pela proporção da receita oriunda daquele tipo de plano pela receita com contraprestações da operadora. Somou-se os resultados por tipo de plano para o cálculo do índice final. <sup>[17]</sup>

Para estimar a PIC a ser constituída, considerou-se que haveria insuficiência em todos os casos nos quais o índice combinado final é superior a um e que a necessidade de provisão seria o índice combinado, subtraído de 1, multiplicado pelas contraprestações nos últimos doze meses <sup>[18]</sup>. Se a ANS aceitar esta forma de

cálculo para a PIC, o impacto econômico-financeiro pode ser estimado pela análise do índice combinado. É possível, contudo, que operadoras desenvolvam outros métodos de cálculo que gerem provisões menores que as estimadas. Assim, se houver erro de estimação, este levará a sobrestimação do impacto.

Os resultados, tendo-se como referência o ano de 2017<sup>[19]</sup>, são apresentados nas tabelas 13 e 14, abaixo. Estes foram menores que os estimados na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, que tinham como referência o ano de 2016, exceto para cooperativas odontológicas, considerando-se o índice agregado, e para medicinas de grupo, considerando-se o índice por tipo de plano. Como anteriormente, o resultado que mais chama atenção é o das filantrópicas. Embora em relação à receita com contraprestação, o montante a ser constituído tenha diminuído em quase 20 pontos percentuais, é ainda muito alto. As despesas administrativas são a principal causa desse resultado. Como a obrigatoriedade da constituição de PIC seria determinada apenas a partir de 2019, se adotada alternativa que incluía essa provisão, haverá tempo para as operadoras adequarem seus demonstrativos ou desenvolverem método de cálculo da provisão que melhor reflitam suas atividades. Induzir possível melhoria na contabilização seria também um impacto positivo dessas alternativas.

Haveria impacto também para as autogestões e cooperativas odontológicas. No caso das autogestões, o principal fator a elevar o índice são as despesas assistenciais. A carteira de beneficiários é mais envelhecida que nas demais modalidades e algumas autogestões oferecem coberturas de procedimentos que não estão no rol de procedimentos obrigatórios estabelecido pela Agência.

No caso das cooperativas odontológicas, o percentual estimado da provisão em relação à receita é mais de dez vezes superior à das odontologias de grupo e é superior, inclusive, às das cooperativas médicas. Além disso, 54% das operadoras deveriam constituir PIC assumindo as premissas dessas estimativas, ao passo que apenas 25% das odontologias de grupo. O principal fator a influenciar é a despesa administrativa, que equivale a mais 30% das receitas com contraprestações, considerando-se as demonstrações referentes a 2017.

Tabela 13 – Resultados da Estimação da PIC pelo Índice Combinado Agregado

Rótulos de Linha	Qtidade de ops	Qtidade de ops com lc>1	Total de PIC	Proporção da receita
Autogestão	122	77	1.494.770.185,21	7,01%
Cooperativa Médica	292	88	388.265.656,77	0,67%
Cooperativa odontológica	104	61	25.580.254,72	3,45%
Filantrópica	46	27	961.072.884,83	38,93%
Medicina de Grupo	250	73	378.921.196,99	0,69%
Odontologia de Grupo	185	49	8.804.017,84	0,35%
Seguradora Especializada em Saúde	9	6	415.323.296,61	1,05%

Tabela 14 – Resultados da Estimação da PIC pelo Índice Combinado por Tipo de Plano

Rótulos de Linha	Qtidade de ops	Qtidade de ops com lc>1	Total de PIC	Proporção da receita
Autogestão	95	52	679.351.335,55	3,20%
Cooperativa Médica	284	53	166.263.738,21	0,29%
Cooperativa odontológica	100	54	19.819.929,78	2,68%
Filantrópica	44	24	848.132.250,89	34,36%
Medicina de Grupo	237	53	826.116.371,18	1,50%
Odontologia de Grupo	139	35	5.913.143,32	0,23%
Seguradora Especializada em Saúde	9	5	528.152.973,20	1,34%

Os resultados derivados do índice combinado agregado e do índice por tipo de plano mostram situação semelhante, com exceção das medicinas de grupo, mas o índice combinado agregado tende a ser um pouco maior. Isso acontece porque há uma série de contas relacionadas às receitas com contraprestações que não estão segmentadas por tipo de plano. Dessas contas, foram consideradas apenas a referente aos descontos em planos com cobertura assistencial em preço pré-estabelecido (contas 311911 e conta 311921) e os tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora (conta 321).

Estabelecer critérios para o rateio das contas que não são apresentadas por tipo de contratação e segmentação assistencial pode influenciar o resultado final do índice. Embora fosse ideal a definição de critério único de rateio para garantir a possibilidade de conferência pelo órgão regulador, o índice refletiria melhor a realidade da operadora se a esta fosse permitido alocar os montantes relacionados a essas contas de forma condizente com as características de suas atividades. Ao estabelecer uma forma de rateio está-se a perder o que se objetivava alcançar com o cálculo do índice combinado por tipo de contratação e segmentação assistencial que era refletir mais adequadamente as necessidades de provisionamento das operadoras. Ao se instituir, como regra geral, um método de cálculo que não pode ser conferido, perde-se capacidade de monitoramento. Dadas essas dificuldades, avaliou-se que seria mais adequado a utilização do índice combinado agregado, podendo as operadoras, instituir metodologia atuarial própria que considere, inclusive, outra forma de cálculo desse índice.

Considerando o índice combinado agregado, e a exigência de constituição de PIC apenas para operadoras médico-hospitalares, o aumento no provisionamento decorrente do estabelecimento da PIC seria de 11,36%. Como a proposta é que se escalone esse provisionamento, ao final do primeiro ano (2019), o provisionamento seria aumentado em 2,73%, no ano seguinte, 5,53%, alcançando 11,36% no final do quarto ano (2022). Assinale-se que, das 713 operadoras médico-hospitalares consideradas na análise, 442 não precisariam constituir a provisão, para 45 a provisão aumentaria em mais de 50% e menos de 100% e, para 79, a necessidade de provisionamento aumentaria em mais de 100%. Em relação às receitas com contraprestações, o provisionamento decorrente da instituição da PIC corresponde à 2,07%.

Tendo em vista os resultados obtidos da análise quantitativa, reavaliou-se a instituição da obrigatoriedade da PIC para o segmento odontológico. Seu impacto seria considerável, sendo a necessidade de provisionamento estimada para cooperativas odontológicas superior à estimada para cooperativas médicas e medicinas de grupo. Seria possível que o aumento do provisionamento se refletisse na competitividade dessa modalidade em relação às odontologias de grupo.

Em vista desse possível impacto, reavaliou-se à alternativa de nada fazer em relação às operadoras odontológicas. A questão posta é se os prejuízos para terceiros (beneficiários e prestadores de serviço, principalmente) da insolvência dessas operadoras justificaria intervenção que poderia alterar consideravelmente o equilíbrio do segmento. Essa discussão foi realizada anteriormente, quando se decidiu pela regulamentação diferenciada das operadoras odontológicas. Atualmente,

operadoras odontológicas não precisam constituir ativos garantidores relativos às provisões técnicas e operadoras odontológicas de pequeno porte não precisam enviar DIOPS nos primeiro, segundo e terceiro trimestres.

Quando se decidiu pela regulamentação diferenciada <sup>[20]</sup>, considerou-se que os “prejuízos decorrentes da insolvência de operadoras odontológicas são significativamente inferiores aos prejuízos oriundos da insolvência de operadoras médico-hospitalares. O número de doenças bucais é relativamente pequeno e sua ocorrência é de certa forma previsível. Os indivíduos, ao utilizarem os mesmos procedimentos odontológicos repetidas vezes na vida, são capazes de aprender com a experiência sobre a qualidade dos serviços recebidos. Ainda sob o foco das diferenças entre planos odontológicos e planos médico-hospitalares, as doenças bucais são de fácil diagnóstico e praticamente todas as informações relevantes para o tratamento podem ser obtidas mediante procedimentos radiográficos ou fotográficos, sem contar a existência de uma ampla variedade de tratamentos alternativos disponíveis. Ademais, existem extensas possibilidades de prevenção, que efetivamente são poupadoras de recursos, o que não ocorre necessariamente com planos de saúde. Importante observar que, à exceção de acidentes e fortes dores de dente, a assistência odontológica raramente é uma assistência emergencial e as doenças bucais não tratadas raramente causam conseqüências sérias sobre a saúde dos indivíduos.

Outra diferença importante é a ausência de externalidades, pois, diferentemente da medicina, as doenças bucais não são do tipo comunicáveis a ponto de causarem epidemias <sup>[21]</sup>. Nestes termos, pode-se inferir que o mecanismo de mercado pode funcionar melhor na odontologia do que na medicina. E é o que de fato ocorre, haja vista a participação preponderante do setor público na área médica.

As características especiais das doenças bucais e dos seus tratamentos têm outras implicações para os planos odontológicos, que operam diferentemente dos planos médicos. A natureza não-emergencial dos serviços odontológicos, a facilidade de acesso a informações relevantes sobre a decisão de tratamento e as diferentes alternativas de tratamento fazem com que o controle de custos seja facilitado. As autorizações para tratamento são feitas a priori por meio dos conhecidos “Planos de Tratamento”. Neste ensejo, os planos odontológicos possuem mais de 70% do seu custo final pré-autorizado e conhecido. Já nos planos médicos, existe apenas um momento de avaliação, que é aquele em que a conta chega para a operadora.” <sup>[22]</sup>

Em que pese a importância do segmento odontológico, as suas peculiaridades detalhadamente expostas na nota citada, dentre as quais se destaca a limitação do prejuízo a beneficiários da insolvência de uma operadora, e os possíveis impactos no equilíbrio competitivo decorrentes da instituição da PIC para operadoras odontológicas induzem a conclusão de que é prudente o regulador optar pela alternativa de nada fazer em relação a este segmento neste momento.

Em relação aos custos para elaboração de metodologia atuarial própria para o cálculo da PIC, em conversas informais com consultorias atuariais, responsáveis técnicos avaliaram que o tempo necessário para elaboração de metodologia para a PIC seria semelhante à da PEONA. Em média, o prazo para elaboração de uma nota técnica de PEONA é de quatro meses, considerando-se o tempo necessário para fornecimento da base de dados pela operadora e de ajuste desses dados. Aproximadamente um mês seria considerado trabalho efetivo da consultoria. Tendo-se esse tempo como parâmetro e considerando a Resolução 01/2017 do Instituto Brasileiro de Atuária, que estabelece o valor mínimo para a hora do atuário na realização de atividades de consultoria, assessoria e elaboração de pareceres (R\$ 265,00), o custo para elaboração de metodologia atuarial de PIC seria de aproximadamente R\$ 45.000,00.

Além da elaboração da nota, mensalmente é necessária a avaliação da provisão e, trimestralmente, o envio do termo de responsabilidade atuarial à ANS. Esses serviços, usualmente, não são tarifados individualmente. São feitos contratos de longo prazo, com pagamentos periódicos, que compreendem todos os serviços atuariais prestados à operadora. A inclusão dos processos de trabalho relacionados à PIC nesses contratos, implicaria pequeno aumento. Se forem consideradas dez horas de trabalho, por exemplo, o custo mensal seria de R\$ 2.650,00. Se for considerado que o trabalho periódico será precificado como é a PEONA atualmente, os custos mensais apurados são de cerca de R\$ 6.000,00.

É importante ressaltar que algumas entidades representativas prestam serviços atuariais subsidiados a suas afiliadas. Nesses casos, os custos relacionados à elaboração da estimativa e cumprimento de todos os processos relacionados à adoção de metodologia atuarial própria são significativamente reduzidos. Nas entrevistas informais, foi apurado que, para uma operadora com até 10.000 beneficiários, o custo para elaboração de uma nota técnica de PEONA e envio de quatro termos de responsabilidade atuarial (TRA), conforme exige a regulação, é de R\$ 6.200,00. Para operadoras com mais de 100.000 beneficiários, esse custo é de R\$ 25.000,00.

Os custos para estimação da PEONA/SUS e dos processos de trabalho relacionados são também, provavelmente, semelhantes aos de estimação da PEONA. Quanto ao impacto de sua inclusão nas demonstrações financeiras, supondo que todas as operadoras utilizassem a fórmula desenvolvida pela ANS para cálculo da PEONA/SUS <sup>[23]</sup>, o acréscimo no provisionamento resultante desta nova obrigação seria de 2,96%, considerando-se os demonstrativos do último trimestre de 2017. Em relação à receita, o acréscimo de provisionamento em relação à receita seria 0,54%. É importante ressaltar que esse acréscimo será escalonado em quatro anos. Ao final de 2019, o acréscimo de provisionamento seria de 0,13%.

## **XI. Impacto das alternativas propostas face à revisão do capital regulatório**

### **Impacto referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas**

Como é cediço, um dos principais projetos da ANS é a revisão do capital regulatório na saúde suplementar para que se torne mais aderente às peculiaridades e riscos que as operadoras de planos de saúde enfrentam. A discussão iniciou-se em 2013, quando foi instituído grupo de trabalho temporário sobre o tema. Ao final dos trabalhos do grupo, a Diretoria Colegiada da ANS determinou a criação de Comissão Permanente de Solvência, na qual este tema e todos os correlatos seriam discutidos.

A constituição inadequada das garantias financeiras, que visam mitigar os riscos previstos, e das patrimoniais, que visam garantir os riscos não previstos, afetam a probabilidade de insolvência das operadoras, sendo ambas interdependentes. Por essa razão, tanto no grupo temporário quanto na Comissão Permanente, foram discutidas propostas para ambas as questões.

Da mesma forma que, para minimização do risco de insolvência de uma operadora, é preciso considerar que garantias financeiras e patrimoniais estejam corretamente mensuradas, na análise de impacto referente a alterações em um desses aspectos, é preciso considerar o impacto da incorreção na mensuração de uma na outra. Uma das hipóteses utilizadas na estimação do capital baseado em riscos é que as provisões estão adequadamente mensuradas. Se houver subprovisionamento no setor, o capital regulatório baseado nos riscos ficará aquém do necessário para diminuir a probabilidade de insolvência das operadoras. A premissa de adequado provisionamento é importante porque ela assegura que, se a regulação estiver bem calibrada, o que não é esperado é garantido com recursos próprios, e o que é esperado é garantido com recursos próprios ou de terceiros.

As estimativas do capital associado ao risco de subscrição, provavelmente, o maior do setor, indicam que pode haver redução nas exigências de capital regulatório. Por um lado, isso facilita a implementação de aprimoramentos também no provisionamento, haja vista que não necessariamente as operadoras terão de captar novos recursos para constituir provisões que antes não constituíam. Por outro lado, isso pode ser um risco, pois se não houver aprimoramento nas regras de provisão paralelas à implementação de nova metodologia de cálculo do capital regulatório, a probabilidade de insolvência das operadoras pode aumentar.

É importante assinalar que todas as propostas de aperfeiçoamento da regulação econômico-financeira contemplam formas de implementação que não causem rupturas significativas no setor e permitam às operadoras adaptar-se aos novos regramentos. Assim, essa proposta permite o escalonamento da constituição da PIC e PEONA/SUS.

Na seção IX, foi proposto que também fosse instituída a obrigatoriedade de realização do TAP e a divulgação de seu resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras. Tendo em vista que o impacto imediato dessa medida será, sobretudo, na forma de apresentação das demonstrações financeiras, a discussão dessa alternativa será conduzida no âmbito da Comissão Contábil, que discute aprimoramentos no plano de contas da ANS.

## XII. Impactos administrativos, nas áreas técnicas da ANS e na Agência como um todo

### XII.1 Impactos administrativos referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas

A ANS é um dos agentes atingidos pelo problema, pois o estabelecimento de parâmetros que permitem o subprovisionamento de garantias financeiras impacta diretamente na qualidade do monitoramento econômico-financeiro. Para corrigir o problema, contudo, pode ser preciso alterar processos de trabalhos e sistemas, o que tende a gerar custos. Assim, há que se avaliar as alternativas propostas, considerando-se as necessidades que geram de recursos humanos, financeiros, de tecnologia de informação e monitoramento.

Nas tabelas 15 e 16, são descritos os investimentos necessários em recursos humanos, tecnologia de informação e outros para a implementação das alternativas analisadas (tabela 15) e os processos de trabalho impactados. Nenhuma das alternativas apresentam impactos significativos, seja nos recursos necessários para sua implementação, seja por alterarem processos de trabalho. Assim, os impactos administrativos ou nas áreas técnicas não são elementos que levam à exclusão de alguma das alternativas do rol das possíveis escolhas, tampouco indicariam ser a alternativa “não fazer nada” a melhor opção.

		Investimentos		
		Recursos Humanos	Tecnologia de Informação	Outros recursos
1	Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	Treinamento de servidores da DIOPE sobre o TAP e como analisar seus resultados (4 horas).	Nulo	Nulo
2	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.	Treinamento de servidores da DIOPE sobre o TAP e como analisar seus resultados (4 horas).	Pode ser necessário a criação de quadro auxiliar no DIOPS, o que implica a criação de nova tabela para visualização dos dados.	Nulo
3	Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	Treinamento de servidores da DIOPE sobre o TAP e como analisar seus resultados (4 horas).	Pode ser necessário a criação de quadro auxiliar no DIOPS, o que implica a criação de nova tabela para visualização dos dados.	Nulo
4	Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Nulo	Criação de um campo na sala de situação ou outro sistema que permita a servidores da DIOPE acessar os dados necessários do ressarcimento ao SUS para cálculo da PEONA/SUS. Divulgação mensal de tabela com os eventos SUS para que as operadoras possam calcular a PEONA/SUS com a utilização dos percentuais calculados pela Agência.	Alteração no plano de contas da ANS
5	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.	Nulo	Criação de um campo na sala de situação ou outro sistema que permita a servidores da DIOPE acessar os dados necessários do ressarcimento ao SUS para cálculo da PEONA/SUS. Divulgação mensal de tabela com os eventos SUS para que as operadoras possam calcular a PEONA/SUS com a utilização dos percentuais calculados pela Agência.	Alteração no plano de contas da ANS
6	Não fazer nada	Nulo	Nulo	Nulo

Das alternativas selecionadas pela DIOPE, nota-se que o principal impacto administrativo seria na geração de dados. Foram feitas duas solicitações à Gerência de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação – GEPIN – da Diretoria de Desenvolvimento Setorial. A primeira para que criasse tabela a ser acessada pelos servidores da DIOPE com os dados necessários à realização de testes de consistência caso alguma operadora apresente metodologia atuarial própria para a PEONA/SUS. A segunda visava a criação de uma tabela, recorte da primeira, para que as operadoras tivessem acesso aos dados de eventos avisados em 24 meses e os percentuais calculados. A fim de verificar a dificuldade para a geração dessas informações na periodicidade necessária, foi feita reunião com a equipe da Gerência, que informou ser possível apresentar o piloto das duas tabelas solicitadas em outubro de 2018. Tendo sido homologadas, a versão final estaria pronta em novembro de 2018. Uma vez desenvolvida a tabela, de acordo com a equipe, o trabalho de atualização periódica é simples.

Tabela 16 – Alteração em processos de trabalho da ANS para implementação das alternativas

	DIOPE	Fiscalização	Informática/GEPI
Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	Processo de acompanhamento econômico-financeiro continua o mesmo, havendo um novo elemento a ser monitorado.	Nulo	Nulo
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.	Processo de acompanhamento econômico-financeiro continua o mesmo, havendo um novo elemento a ser monitorado.	Nulo	Nulo
Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	Processo de acompanhamento econômico-financeiro continua o mesmo, havendo um novo elemento a ser monitorado.	Nulo	Nulo
Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	Realização de análise de metodologia atuarial das operadoras que optarem por desenvolverem métodos próprios de estimação das provisões.	Nulo	Atualização periódica da sala de situação (ou outro sistema) com os dados necessários para que a DIOPE calcule a PEONA/SUS.
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.	Realização de análise de metodologia atuarial das operadoras que optarem por desenvolverem métodos próprios de estimação das provisões.	Nulo	Atualização periódica da sala de situação (ou outro sistema) com os dados necessários para que a DIOPE calcule a PEONA/SUS.
Não fazer nada	Nulo	Nulo	Nulo

Como mencionado anteriormente, o processo de atualização periódica das informações necessárias à implementação da PEONA/SUS é simples, de acordo com a equipe diretamente responsável pelo trabalho. Se implementada a alternativa de obrigatoriedade da PIC e PEONA/SUS, também será necessário analisar as metodologias atuariais utilizadas por operadoras que tenham desenvolvido modelos próprios. O processo de trabalho é semelhante ao processo de análise da PEONA. Espera-se, contudo, que haja menor utilização de metodologia própria, haja vista que o processo de aviso dos eventos a ressarcir é realizado pela própria ANS, que dele tem inteiro conhecimento. Para referência, 287 operadoras têm metodologia própria de PEONA, sendo que, destas, 68 são de grande porte, as quais são obrigadas a ter metodologia própria. Não há efeitos para outras áreas da Agência, pois todo o acompanhamento econômico-financeiro é realizado pela DIOPE.

Afora os recursos necessários para implementação e possíveis alterações nos processos de trabalho, a ANS é diretamente atingida pelo problema que ora se pretende resolver, pois o monitoramento econômico-financeiro baseia-se, entre outros fatores, na capacidade da operadora de provisionar os recursos necessários para custear as despesas esperadas. Se houver subprovisionamento, mas o regulador não constatar isso, pode considerar inadvertidamente como solventes operadoras que não o são. O TAP é um meio de se aferir a constituição das provisões técnicas necessárias. Outro meio de evitar que estas não estejam adequadamente constituídas é tornar obrigatória a constituição das provisões associadas aos principais fluxos esperados na saúde suplementar.

Na tabela 17, abaixo, são apresentados os efeitos para o acompanhamento econômico-financeiro das alternativas. Nota-se que a realização do TAP, mesmo sem a incorporação de eventuais deficiências apuradas no resultado, provocaria os maiores efeitos positivos. Isso porque torna improvável a existência de subprovisionamento. Para o órgão que é responsável pela detecção precoce de situações de insolvência, essas seriam as melhores opções, mas, como já analisado acima, os impactos relacionados à incorporação dos resultados do teste nas demonstrações financeiras não são conhecidos e podem ser bastante significativos.

As alternativas relacionadas à constituição de provisões diminuem também o risco de considerar-se solventes operadoras que não o são, mas sua efetividade depende de (i) serem estas, somadas as provisões técnicas obrigatórias já existentes, as principais despesas esperadas a serem provisionadas ou (ii) de as operadoras constituírem provisões para outras despesas esperadas que devam ser provisionadas espontaneamente. Como as evidências apresentadas na nota técnica nº 03/2017/DIOPE mostram que (ii) é pouco provável, é possível que ainda haja subprovisionamento que não fique explícito na realização do monitoramento econômico-financeiro.

Tabela 17 – Impactos positivos para a ANS

--

	Alternativas	Impactos positivo na ANS
1	Realizar o TAP e reconhecimento da deficiência aferida no valor do passivo por contrato de seguro no resultado.	O risco de subprovisionamento e de a ANS considerar uma operadora solvente quando este não é seu estado diminuiria.
2	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.	O risco de subprovisionamento e de a ANS considerar uma operadora solvente quando este não é seu estado diminuiria.
3	Obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras.	O risco de subprovisionamento e de a ANS considerar uma operadora solvente quando este não é seu estado diminuiria.
4	Estabelecer a constituição de provisões que ainda não sejam obrigatórias no setor, tais quais a PEONA/SUS e a PIC.	A diminuição no risco de subprovisionamento poderia não ser tão efetiva quanto na implementação do TAP e, caso ainda restem situações para as quais seria necessário constituir provisões afora as já estabelecidas pela regulação, a ANS poderia não detectá-las se as operadoras não provisionassem espontaneamente.
5	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.	A diminuição no risco de subprovisionamento poderia não ser tão efetiva quanto na implementação do TAP e, caso ainda restem situações para as quais seria necessário constituir provisões afora as já estabelecidas pela regulação, a ANS poderia não detectá-las se as operadoras não provisionassem espontaneamente.
6	Não fazer nada	

Tendo em vista o quadro apresentado nesta seção, a conjugação das alternativas três e cinco, conforme numeração na tabela 17, é a combinação ótima para a ANS. No monitoramento econômico-financeiro poder-se-á verificar os resultados do TAP e as provisões serão paulatinamente constituídas. Os impactos negativos, como visto, são bastante reduzidos.

## XII.2 Impactos administrativos referentes aos efeitos do compartilhamento de riscos na PEONA

No que tange às alternativas consideradas relacionadas ao provisionamento em casos de corresponsabilidades transferidas, não haveria necessidade de investimentos para a implementação de quaisquer das alternativas. É necessária a revisão dos processos de trabalhos nas duas alternativas consideradas. No caso de se optar por não se fazer nada, pode ser necessário a solicitação de informações adicionais às operadoras que têm contabilizadas corresponsabilidades transferidas a fim de verificar se as provisões estão adequadamente mensuradas.

Optando-se pela alternativa de reformulação dos artigos concernentes à PEONA da RN 393/2015 a fim de explicitar quando esta deve ser estimada nos casos de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários, eventualmente seria também necessária a solicitação de informações às operadoras que têm contabilizadas corresponsabilidades transferidas, mas, partindo-se do princípio de que as operadoras procuram seguir a regulação vigente, diminuir-se-iam os casos nos quais esse procedimento seria utilizado. Não há impacto administrativo decorrente desta opção.

## XIII. Considerações sobre contribuições e manifestações recebidas após divulgação da avaliação das alternativas

### Considerações sobre contribuições referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas

A avaliação da DIOPE de que a melhor opção seria conjugar as alternativas “obrigar a realização de teste de adequação de passivos e a divulgação do resultado nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras” e “estabelecer a constituição da 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” foi apresentada na sexta reunião da CPS. Os participantes foram chamados a comentar e fazer sugestões e críticas sobre a proposta. Seis entidades se manifestaram.

O IBA <sup>[24]</sup> ateu-se a questões técnicas da proposta. Inicialmente, sobre a utilização do índice combinado para estimação da PIC, afirmou que este desconsidera os resultados financeiros da operação, que podem ser expressivos no montante da provisão. Seria inerente à atividade das operadoras de planos de saúde a capitalização de recursos financeiros, razão pela qual, sendo adotada uma regra geral, esta deveria basear-se no índice combinado ampliado. Destacou ser importante que os atuários tenham autonomia para propor metodologia própria.

Ainda sobre a PIC, o IBA entendeu que a ANS está focada em determinar parâmetros para a apresentação do cálculo individualizado, o que restringiria e inibiria o aperfeiçoamento técnico do mercado. Caberia ao IBA propor diretrizes técnicas na atuação do atuário, estando o instituto aberto à construção de princípio atuarial (CPA) específico sobre a PIC de planos de saúde. Nesse sentido, considera que a determinação de um prazo mínimo de doze meses para a provisão resultaria na avaliação da capacidade econômica das operadoras apenas no curto prazo. Caberia aos atuários estimar o tempo de permanência do beneficiário no contrato e usá-lo em seus modelos. Isso poderia gerar insuficiência maior que a estimada pela DIOPE, sendo necessário se rever conjuntamente com a DIPRO as regras para revisão técnica das contraprestações.

A DIOPE reconhece que a administração de recursos financeiros é inerente à atividade das operadoras de planos de saúde. Sobre o ponto de vista financeiro, esse pode ser considerado o cerne de sua atividade: captar recursos de terceiros e administrá-los para prover assistência quando necessário. Contudo, a expectativa de

que a operadora será capaz de prover o serviço contratado não deve se basear na capacidade de a operadora obter bons resultados financeiros, mas na precificação adequada de seus produtos, de modo que a despesa esperada associada aos produtos comercializados seja menor ou igual a receita obtida com esses produtos. A PIC é uma provisão relacionada à insuficiência das contraprestações e não das receitas. Quer-se garantir que, independentemente dos resultados financeiros da operadora, seus planos sejam sustentáveis. Por essa razão, não se considera usar o índice combinado ampliado como base de regra geral relativa à PIC.

Independentemente da regra geral, as operadoras podem e devem estimar a PIC da forma que seja a mais adequada ao gerenciamento de sua atividade. Na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, ressaltou-se que, idealmente, cada operadora deveria desenvolver métodos para testar quando é necessário constituir a PIC e determinar a forma de calculá-la. Concordamos com o IBA que estimular o setor para que assim o faça levará a seu aprimoramento, gerando externalidades positivas além do objetivo principal da regulação, descrito inicialmente. A fim de evitar que sejam adotadas premissas ou métodos que, no entendimento do órgão regulador, sejam inadequados, pode ser necessária orientação ao mercado. Isso foi feito, por exemplo, no setor segurador pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Considera-se estabelecer prazo mínimo de doze meses para cálculo da PIC, não sendo determinado prazo máximo. O atuário responsável pela estimação da provisão pode, assim, realizar as estimativas de acordo com o período que julgue mais adequado. A depender do resultado encontrado, a operadora deveria rever sua política de subscrição e os contratos já existentes. Nesse caso, contudo, há limitações para a revisão de contratos de planos individuais/familiares. O tema não está na competência da DIOPE, mas está sendo discutido no âmbito do Comitê de Regulação da Estrutura de Produtos, coordenado pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos.

Em relação à PEONA/SUS, o Instituto solicitou que fosse divulgada a metodologia definida para a regra geral da PEONA/SUS e, como no caso da PIC, que fosse garantida a possibilidade de as operadoras adotarem metodologia própria para o cálculo da provisão. A regra geral será divulgada em nota técnica e levada ao conhecimento público para debate antes de sua adoção. Ainda que o processo de aviso seja controlado pela ANS, garantir-se-á a possibilidade de a operadora desenvolver metodologia própria.

Sobre o TAP, o IBA é favorável a tomar-se conhecimento dos montantes relativos ao teste antes de sua plena adoção e reiterou as considerações feitas em sua manifestação anterior. Não caberia ao órgão regulador estabelecer diretrizes para seu cálculo, e o Instituto estaria aberto à construção de CPA específico.

Ressalte-se que não se pretende limitar a atuação de atuários ou de qualquer outro grupo profissional ao se estabelecer orientações gerais, mas, considerando-se que muitas operadoras ainda não calculam as provisões ora discutidas, tampouco o TAP, é importante orientar para que não se cometam imprecisões que tornem as estimativas irrealistas. A DIOPE destaca a importante atuação do IBA para o aperfeiçoamento do setor de saúde suplementar e considera que a aproximação com o Instituto pode ser um meio de impulsionar o aprimoramento do setor.

Quatro entidades representativas de operadoras enviaram contribuições sobre as alternativas escolhidas pela DIOPE. A Unimed do Brasil ressaltou ser contra a criação de novas provisões no setor, o que, de acordo com a entidade, poderia comprometer a sustentabilidade das cooperativas médicas. Especificamente no caso da PIC, a entidade avalia que deveria estar condicionada à autorização da revisão técnica e que deveria sempre existir a possibilidade de apresentação de nota técnica para o cálculo com metodologia própria. Avaliou ser mais adequado a utilização do índice combinado ampliado como base para a regra geral de cálculo da PIC. Ainda sobre o cálculo da regra geral, sugeriu que fosse realizado o cálculo global por operadora para que não houvesse necessidade de ratear despesas administrativas e que estas fossem reduzidas pelas despesas de outros serviços, pois muitas operadoras prestam serviços não associados aos contratos de planos de saúde por meio de seus prestadores próprios ou por meio da rede credenciada. Por fim, avaliou que a PIC deveria ser estimada para um horizonte máximo de doze meses.

Em relação à PEONA/SUS, considerou ser necessário que a ANS demonstre de forma pública e técnica, as bases e premissas utilizadas e que o cálculo genérico deve levar em conta segmentos de operadoras e, eventualmente, as regiões do país. Sobre o TAP, avaliou ser necessário que a ANS defina se convalidará o CPC 11 para que se evite futuros conflitos com operadoras.

A análise de impacto regulatório ora empreendida é realizada com o fim de evitar-se a adoção de regras que provoquem consequências inesperadas ou cujo impacto negativo exceda o positivo. O comprometimento da sustentabilidade de cooperativas médicas ou quaisquer outras operadoras é um impacto negativo a ser considerado. É importante ressaltar que a constituição de provisões, *per se*, não compromete a sustentabilidade de operadoras, pois, se há necessidade de provisão, é porque se tem a expectativa de que sejam necessários recursos. Está-se apenas garantindo que haverá recursos para pagamento das despesas esperadas, relacionadas às duas provisões ora discutidas. Ainda assim, a instituição de novas provisões obrigatórias pode ter efeito nos resultados econômico-financeiros imediatos das operadoras, pois o que somente seria reconhecido quando da efetivação da despesa passa a ser reconhecido imediatamente. Por essa razão e por todas as demais explicitadas em seção anterior, a DIOPE entendeu ser a melhor opção escalonar a constituição da PIC e PEONA/SUS.

Considerando-se a proposta da entidade e as dificuldades relacionadas ao rateio de contas não segregadas por tipo de contratação, a DIOPE reviu sua proposta inicial e estabeleceu o índice combinado agregado como base para a regra padrão de cálculo a ser instituída para a PIC. No tocante à sugestão da operadora de que as despesas administrativas sejam reduzidas de outros serviços, cabe destacar a orientação do manual do plano de contas da ANS, que, textualmente, estabelece:

“É proibido o registro de qualquer despesa do hospital como despesa administrativa, ainda que seja relacionada à água, energia elétrica, ou qualquer outro gasto com funcionamento.

Despesas administrativas registram tão somente os gastos incorridos pela área administrativa da operadora <sup>[25]</sup>.”

A ANS avalia que o horizonte de doze meses deve ser o mínimo a ser considerado para estimação da PIC relacionada aos contratos de planos individuais/familiares, podendo a operadora utilizar prazo maior se considerar mais adequado. Isso porque os reajustes de planos individuais/familiares têm essa periodicidade e, no curto prazo, esta é a principal variável fora do controle da operadora que pode se modificar. Quanto à PEONA/SUS, a ANS divulgará em nota técnica a metodologia antes de sua implementação para recebimento de contribuições e críticas de todos os agentes interessados. As demais considerações da Unimed do Brasil são semelhantes às do IBA, já tendo sido avaliadas.

A Abrame destacou a importância de medidas que diminuam o prazo de aviso de procedimentos realizados por beneficiários no sistema público de saúde, considerando a possibilidade de firmamento de acordos de cooperação técnica da ANS com as centrais de regulação do sistema público. Esse processo, de acordo com a entidade, deveria ser paralelo à instituição da PEONA/SUS. Em relação à PIC, a entidade considera que a regra geral deveria ser estabelecida com base no índice combinado ampliado e, sobre o TAP, que o processo de adoção na saúde suplementar deveria ser paralelo à revisão das regras de reajuste e revisão técnica de planos individuais. Eventuais deficiências aferidas por meio do teste deveriam ser incorporadas no balanço somente em 2022, quando se pretende adotar novo modelo para o capital regulatório.

É importante ressaltar que o processo de aviso de procedimentos realizados na rede pública em beneficiários de planos de saúde tem sido constantemente aprimorado pela ANS. Afora os procedimentos ambulatoriais de alto custo, cuja cobrança foi recentemente iniciada e será regularizada até o final deste ano, o intervalo entre a ocorrência e o aviso foi bastante reduzida e, atualmente é de, aproximadamente, um ano e meio. Havendo qualquer mudança no processo de aviso que impacte significativamente os prazos, deve ser revista regra geral da PEONA/SUS para refletir essas alterações. Sobre a adoção do TAP, considera-se que apenas

após obtenção dos resultados iniciais do teste, é possível avaliar qual a melhor estratégia para sua incorporação como preconizado pelo CPC 11. As demais contribuições são semelhantes às de outras entidades e foram analisadas previamente.

A FenaSaúde – Federação Nacional de Saúde Suplementar – sugeriu que se considere a possibilidade de compensação entre os planos individuais/familiares, coletivos por adesão e empresariais na realização do TAP. A entidade acredita que o teste trará grande impacto negativo no resultado das operadoras, sendo este um meio de reduzir este impacto. Sugeriu, ademais, que as regras a serem estabelecidas para a realização do teste convirjam com as já estabelecidas pela SUSEP.

Sobre a PEONA/SUS, a entidade considerou ser necessário aprimorar as informações enviadas às operadoras na cobrança do ressarcimento ao SUS, especialmente no que tange ao lapso temporal entre a ocorrência do evento e a identificação do beneficiário. Os valores dos eventos indenizáveis líquidos deveriam considerar apenas os saldos líquidos, desconsiderados os impugnados, e o montante a ser provisionado deveria ser escalonado a partir da ocorrência do aviso à operadora. Além disso, avalia ser necessário que o regulador especifique regras sobre a inclusão de nota técnica quando a operadora adotar metodologia própria. A FenaSaúde considerou ser tardia eventual convalidação do CPC 11 pela ANS, tendo em vista de que há perspectiva de sua alteração em 2021.

Como as demais entidades, a FenaSaúde entende que a PIC deve incluir o resultado financeiro das operadoras. A ANS deveria estabelecer parâmetros para seu cálculo, tal como o faz a SUSEP para o TAP. Neste caso, a SUSEP determina que os fluxos do TAP sejam descontados a uma taxa livre de risco (ETTJ), ficando o resultado financeiro embutido no cálculo. Para que a regra geral fosse comparável à metodologia prospectiva, nesse caso, seria necessário utilizar o índice combinado ampliado. Por fim, a FenaSaúde solicitou esclarecimento sobre a incorporação escalonada das garantias financeiras relacionadas à PEONA/SUS e PIC.

A proposta da DIOPE para o TAP é de que, inicialmente, seus resultados não sejam incorporados nas demonstrações financeiras, o que minimiza o impacto econômico-financeiro. Ainda assim, os resultados deverão ser apresentados agregadamente, ou seja, o cálculo será por tipo de contratação, mas o resultado final a ser considerado será a soma dos resultados dos testes para os tipos de planos considerados. Dessa forma, a proposta da FenaSaúde já está considerada na opção regulatória sugerida pela DIOPE. Tanto quanto possível, a ANS pretende que as regras econômico-financeiras convirjam com a de outros órgãos reguladores que também regulam atividades de operadoras de planos de saúde.

A forma de cálculo da regra geral a ser estabelecida para a PEONA/SUS, como afirmado anteriormente, será divulgada anteriormente à sua adoção. Serão considerados no cálculo das estimativas apenas valores de procedimentos para os quais não houve discussão sobre a necessidade de ressarcimento ou aqueles para os quais já houve decisão em segunda instância. O provisionamento é devido enquanto não ocorreu o aviso. Após o aviso, se não houver pagamento, será constituída provisão de eventos e sinistros a liquidar. Não parece razoável, assim, que o montante a ser provisionado seja escalonado apenas a partir da ocorrência do aviso, quando a provisão não será mais devida. As regras para as operadoras que tenham metodologia atuarial serão coerentes com as regras já estabelecidas para outras provisões.

O escalonamento da PEONA/SUS e PIC será gradual e linear, abrangendo o período de janeiro de 2019 a dezembro de 2022. Durante esse período, ambas as provisões podem ser constituídas paulatinamente. Seus ativos garantidores devem ser constituídos na mesma medida que a provisão. Não há relação entre estes escalonamentos e qualquer regra de transição que, eventualmente, seja estabelecida para o capital regulatório.

A operadora São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária LTDA. também apresentou contribuições referentes às escolhas regulatórias apresentadas pela DIOPE na 6ª reunião da CPS, por meio de e-mail enviado ao endereço [gt.solvencia@ans.gov.br](mailto:gt.solvencia@ans.gov.br), divulgado no site da ANS. Em relação à PEONA/SUS, ressaltou a importância de que o estabelecimento da provisão venha acompanhado de medidas que caminhem na direção de a operadora ser avisada no momento de interação do beneficiário na rede pública de saúde. Defendeu que fosse utilizado índice combinado ampliado como base para o cálculo da regra geral da PIC. No que tange ao TAP, a operadora sugere que a iniciativa de seu desenvolvimento seja acompanhada pelo processo de revisão das regras de reajuste e revisão técnica. Sugere, ademais, que os resultados do TAP sejam incorporados às demonstrações financeiras apenas em 2022.

As questões trazidas são semelhantes às já analisadas anteriormente, apresentadas por outras entidades representativas. O processo de ressarcimento está sendo continuamente aprimorado pela ANS, tendo a Diretoria competente o apoio para que possa aperfeiçoá-lo ainda mais. No que tange à revisão das regras de reajuste e revisão de contraprestação, é competência da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO, que a está discutido no âmbito do comitê apropriado. Por entender a interrelação entre as questões, a DIOPE propôs a realização do TAP sem incorporação de seus resultados neste primeiro momento. Uma vez conhecidos os resultados do teste e, tendo sido revistas as regras de reajuste e revisão, haverá o ambiente propício para a retomada das discussões sobre a incorporação dos resultados do teste nas demonstrações financeiras.

Estas foram as contribuições recebidas após a apresentação da opção regulatória escolhida pela DIOPE na 6ª reunião da CPS. Como se pode perceber, a principal preocupação das entidades representativas é com o impacto nos resultados econômico-financeiros. Esta também é uma preocupação da DIOPE e a razão pela qual se optou por escalonar a constituição das provisões, de forma que as operadoras possam se adaptar às novas regras gradualmente. Também foi a razão pela qual não se estabeleceu a incorporação dos resultados do TAP nas demonstrações financeiras.

É importante ressaltar que a adequação do provisionamento das operadoras é um meio de garantir a existência de recursos para o pagamento das despesas esperadas, sendo um importante instrumento para manutenção da solvência no setor e da sustentabilidade no longo prazo das operações. Como afirmado na nota técnica nº 03/2017/DIOPE, é fundamental que tanto as provisões quanto o capital estejam ajustados às características das entidades reguladas.

## **XIV. Estratégia de implementação e monitoramento**

### **XIV.1 Estratégias de implementação referentes às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas**

A implementação deve considerar (i) o tempo necessário para que as operadoras estimem as novas provisões caso optem por adotar metodologia atuarial própria, (ii) o impacto nas demonstrações financeiras e formas de minimizá-lo e (iii) meios e recursos existentes no órgão regulador para fiscalizar e monitorar as práticas das operadoras.

Como mencionado na seção X, considerando-se a extração e tratamento de dados, estima-se em quatro meses o tempo necessário para definição de metodologia atuarial e estimação de Peona. Por um lado, a estimação da PIC é um processo novo no setor de saúde suplementar, o que, inicialmente, pode gerar algumas dificuldades e estender o tempo necessário para sua estimação. Por outro lado, o cálculo dessa provisão é usual em outros setores e assemelha-se a processos atuariais típicos, como a avaliação de fundos de previdência. Tendo-se esses dois fatores em consideração, é razoável supor que seis meses seja tempo suficiente para a maior parte das operadoras estimar a PIC. Quanto à PEONA/SUS, o processo de estimação é muito semelhante ao da PEONA, ainda que os períodos entre a ocorrência, o aviso e o pagamento sejam mais longos, por conseguinte, quatro meses é suficiente para estimá-la.

Nas seções anteriores, discutiu-se o impacto nas demonstrações financeiras decorrentes da instituição da PIC e da PEONA/SUS como provisões obrigatórias. Estima-se que o nível de provisionamento no segmento médico-hospitalar decorrente da PIC aumentaria em 11,36%. O nível de provisionamento das operadoras médico-hospitalares, ademais, aumentaria 3% em decorrência da instituição da PEONA/SUS.

O impacto nas demonstrações financeiras de algumas operadoras seria bem maior que a média e, para mitigá-lo, decidiu-se pelo escalonamento de ambas as provisões. Dessa forma, a operadora passa a observar essas provisões imediatamente, mas pode obter recursos gradualmente para contrabalançá-las. O prazo de escalonamento foi estipulado, ademais, para terminar no mesmo período em que termina o prazo de escalonamento da margem de solvência. A partir de 2023, as regras de capitalização e de provisionamento estariam adequadas aos riscos para a maior parte das operadoras (exceto autogestões). Importante ressaltar que esse processo de alterações das regras econômico-financeiras vem sendo discutido desde 2013.

Inicialmente, a proposta da DIOPE era de que a necessidade total estimada de provisionamento relativo à PIC e PEONA/SUS fosse divulgada nas notas explicativas que acompanham as demonstrações financeiras. Em suas manifestações, o IBA considerou que a divulgação em quadro auxiliar poderia diminuir o impacto da implementação dessas alternativas, podendo gerar menos ressalvas dos auditores independentes. A DIOPE avalia que é possível haver ressalvas em ambos os casos e que a probabilidade de isso ocorrer será maior se a Agência convalidar o pronunciamento contábil (CPC) 11, que trata do teste de adequação de passivos. Se a Agência não convalidar, a divulgação das necessidades de provisionamento relacionadas à PIC e PEONA/SUS em quadro auxiliar pode ser menos onerosa para as operadoras. Considerando que a convalidação do CPC 11 será discutida no Comitê Contábil e que a forma de divulgação das provisões está diretamente relacionada às diretrizes para o plano de contas das operadoras, a avaliação da melhor forma de divulgação das provisões analisadas nesta nota será feita no âmbito daquele Comitê.

O monitoramento da constituição da PIC e PEONA/SUS serão realizados no contexto do acompanhamento regular das operadoras de planos de saúde. Como nas demais provisões, a regularidade na constituição destas será avaliada quando da análise da situação econômico-financeira da operadora pela DIOPE. Quando a operadora não utilizar a regra geral estabelecida pela ANS, deve seguir o procedimento já estabelecido no RN 393/2015: comunicar à DIOPE, formal e previamente o início de contabilização das provisões por metodologia atuarial. Também no âmbito do acompanhamento regular, a DIOPE avaliará periodicamente a consistência das metodologias utilizadas pelas operadoras.

#### **XIV.2 Estratégias de implementação referentes aos efeitos do compartilhamento de riscos na PEONA**

A reformulação do art. 11 da RN 383/2015 seria implementada imediatamente, haja vista que não há modificações em processos de trabalho e a adaptação do setor pode ser realizada sem custos consideráveis.

#### **XV. Conclusão**

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.

Nesta nota, discutiram-se alternativas para diminuir o subprovisionamento no setor e, assim, tornar mais adequadas as garantias financeiras ao montante de despesas esperadas. Foram discutidos diversos aspectos das alternativas consideradas, em especial seus impactos no setor e na ANS. Embora os impactos diretos afetem as operadoras e o órgão regulador, os beneficiários podem ser afetados indiretamente. A insolvência de operadoras gera repercussões que indubitavelmente prejudicam os beneficiários e podem prejudicar também prestadores de serviços de saúde. A instituição de novas provisões diminui o risco de insolvência das operadoras e, feito de forma escalonada, permite que as operadoras se adaptem sem que haja prejuízo na oferta de produtos.

Ressalte-se que a discussão sobre o subprovisionamento decorrente da não obrigatoriedade de provisionamento para despesas esperadas que não são abrangidas pela PESL, PEONA e provisão para remissão foi conduzida no âmbito da Comissão Permanente de Solvência. Todos os documentos referentes às reuniões foram disponibilizados na página da Comissão no site da ANS na internet e possibilitado o envio de contribuições por todos os agentes interessados. O compartilhamento de riscos foi discutido em grupo técnico, no qual foi antecipada a posterior adequação de normativos para que se direcionassem às garantias financeiras.

Nos dois casos, é importante que tanto o problema quanto as alternativas propostas sejam consideradas tendo em vista as demais ações previstas para aperfeiçoamento das normas econômico-financeiras do setor de saúde suplementar. Nesse contexto, é importante que as provisões estejam adequadamente estimadas para que se possa efetivar a transição do capital para um modelo baseado nos riscos que as operadoras enfrentam.

Os diversos elementos coletados ao longo do estudo do problema e as análises empreendidas pela equipe técnica foram expostas nesta nota e na nota técnica nº 03/2017/DIOPE com o fim de subsidiar a decisão da Diretoria Colegiada da ANS.

[1] [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/comissao\\_permanente\\_de\\_solvencia/nota\\_tecnica\\_3\\_tap.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvencia/nota_tecnica_3_tap.pdf). Acessado em 24/05/2018.

[2] A adoção do TAP, contudo, será discutida também no Comitê Contábil, de forma a avaliar a melhor forma de implementá-la. Por essa razão, nesta nota, os impactos discutidos referem-se, principalmente, às medidas que implicam alterações na RN 393, de 2015. Não há prejuízo em implementar-se às medidas ora em análise e, posteriormente, após avaliação do impacto e estudo da forma de implementação, instituir-se o TAP, se assim julgar adequado a Diretoria Colegiada.

[3] Dado que a implementação do TAP, na alternativa escolhida pela DIOPE, alteraria apenas as demonstrações econômico-financeiras e documentos conexos, a DIOPE avaliou ser mais adequado discutir o impacto dessa alternativa no âmbito do Comitê Contábil. Assim, nesta nota, o foco é nas alternativas relativas à constituição das novas provisões. Note-se que a implementação das medidas ora discutidas não afeta a possibilidade ou forma de implementação do TAP ou vice-versa.

[4] Nesta nota, é adotada a seguinte nomenclatura: operadora contratada – operadora que firmou contrato de plano de saúde e que realizou operação de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários a fim de que outra operadora preste assistência à saúde de beneficiários desse contrato; operadora prestadora – operadora que firmou contrato de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento de beneficiários com a operadora contratada para atender os beneficiários desta.

[5] Documento sei 5060769.

[6] Endereço do site: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/comissao-permanente-de-solvencia>

[7] Documento SEI 3856297

[8] Disponível em <http://www.casacivil.gov.br/regulacao/consulta-publica/consulta-publica-001-2017/encerramento/guia-air.pdf>. Consulta em 19/03/2018.

[9] Disponível em [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=32688&Itemid=433](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32688&Itemid=433). Consulta em 02/04/2018.

[10] Versão reduzida no que tange aos aspectos relacionados às despesas esperadas para as quais não há provisões obrigatórias estabelecidas, pois a descrição detalhada das alternativas consta da nota 3/2017/DIOPE (Documento sei 5060769).

[11]

Esta subseção é semelhante à mesma subseção da nota técnica nº 03/2017/DIOPE. A discussão ora realizada, concernente ao compartilhamento de risco, é um outro aspecto do mesmo problema tratado naquela nota.

[12]

A RN 393/2015 permite que operadoras de pequeno e médio porte não desenvolvam metodologia própria de PEONA e utilizem percentuais a serem aplicados no total de contraprestações/prêmios ou eventos indenizáveis líquidos.

[13]

Documento SEI 6068214

[14]

Documento SEI 6068276

[15]

Documento SEI 6068285.

[16]

A soma das despesas assistenciais (conta 41 do plano de contas), comerciais (conta 43) e administrativas (conta 46), dividida pela receita com contraprestações (conta 31 – conta 321).

[17]

Em linguagem matemática, o que se fez foi:

$$Ic_i = \frac{Desp\ Assistencial_i + Desp\ Administrativa_i + Desp\ Comercial_i}{Receita\ com\ contraprestações_i}, \text{ sendo } Ic \text{ o índice combinado e } i \text{ o tipo de contratação. E, posteriormente:}$$

[18]

$(Ic - 1) \times Receita\ com\ contraprestações$

[19]

Dados coletados em 05/04/2018.

[20]

Na nota técnica, que subsidiou proposta de regulação diferenciada para as operadoras odontológicas, foi feita extensa análise da atividade desse segmento e das consequências de casos de insolvência vis-à-vis às operadoras médico-hospitalares. Em grande parte, a análise feita permanece atual e foi referência para a discussão sobre a pertinência de instituição da PIC para operadoras odontológicas.

[21]

A cárie, por exemplo, é uma doença infecto-contagiosa mas não a ponto de causar uma epidemia na comunidade.

[22]

Trecho da nota 33902.357187/2010-96 (processo 33902.269417/2010-61)

[23]

Ver nota técnica nº 3/2018/DIOPE (documento SEI 6978105) para explicação detalhada da metodologia de cálculo das fórmulas de cálculo quando a operadora optar por não adotar metodologia atuarial própria.

[24]

Documento SEI 61300400

[25]

Manual Contábil das Operações do Mercado de Saúde Suplementar (anexo II da RN 290/2012), disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTk2MA>. Acesso em 06/04/2018.



Documento assinado eletronicamente por **TATIANA DE MACEDO NOGUEIRA LIMA, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 04/06/2018, às 13:54, 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 04/06/2018, às 14:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Samir Jose Caetano Martins, Gerente da Assessoria Normativa**, em 04/06/2018, às 14:34, 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 **7001361** e o código CRC **F3D1A584**.