

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Departamento de Estatística
Ciências Atuariais

Ana Laura Silva Figueiredo

**PROPOSTA DE UMA METODOLOGIA PARA A REALIZAÇÃO DO TAP NO
MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO.**

Belo Horizonte
2021

ANA LAURA SILVA FIGUEIREDO

**PROPOSTA DE UMA METODOLOGIA PARA A REALIZAÇÃO DO TAP NO
MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO.**

Monografia apresentada ao Departamento de Estatística da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título em Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientadora: Jussiane Nader Gonçalves

Coorientadora: Thaís Paiva Galleti

Coorientadora do Mercado: Beatriz Resende Rios da Mata

**Belo Horizonte
2021**

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço a todos que me estenderam a mão e me alegraram nessa jornada. Obrigado, Deus, por ter me dado forças em todas as dificuldades que passei, por ter me dado esperança quando eu já não acreditava mais, por ter me dado oportunidades e por me surpreender em tantos momentos! Eu não tenho dúvidas de que você olha por mim a todo instante e que “Há tempo para todo o propósito debaixo do céu.”, como conta em Eclesiastes 3:1.

Mãe e pai, obrigada por fazerem questão que a minha educação fosse a melhor possível, pelos incentivos e por me motivarem a ser uma pessoa melhor todos os dias. Se eu cheguei até aqui foi porque vocês não soltaram a minha mão em nenhum momento e sempre estiveram presentes, orando comigo e por mim, apoiando os meus planos e me incentivando. Saibam que jamais me esquecerei do esforço que vocês dois fizeram para que eu conquistasse esse sonho. Gratidão ao Pedro, pelo carinho de sempre e por estar presente em nossa casa quando eu não pude estar, você é o melhor irmão que eu poderia ter e nossa família é mais feliz desde que você chegou. Vocês são tudo em minha vida e saibam que essa conquista não é minha, é NOSSA!

Não posso deixar de agradecer as pessoas que mais contribuíram para que esse trabalho se concretizasse: minha orientadora e coorientadoras. À Jussiane, obrigada por abraçar a minha ideia e seguir comigo mesmo estando com sua agenda cheia. Isso não foi empecilho para que você se dedicasse inteiramente ao meu trabalho e estivesse presente em todas as fases desta monografia. Obrigada por cada reunião e conversas que me tranquilizavam quando a ansiedade batia na porta. À Thaís, agradeço por ter topado ser minha coorientadora. Seu olhar sobre os nossos resultados preliminares foi fundamental. Além disso, tenho que dizer que a sua ajuda com a formatação e revisão, deixarem o texto mais fluido e organizado. À Beatriz, com toda sua experiência no mercado de saúde suplementar, nos direcionou a uma interpretação mais realista do teste e contribuiu para que o nosso trabalho fosse mais completo. Agradeço imensamente a cada minuto do precioso tempo de vocês.

À empresa que nos cederam os bancos de dados, todo o meu agradecimento, sem esses bancos o trabalho não seria realizado. Espero que as conclusões desta monografia tenham uma contribuição para essa operadora.

Por fim, gostaria de expressar minha enorme felicidade em estar concluindo esse trabalho e também o curso de ciências atuariais e dizer que hoje me sinto realizada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TAP	Teste de Adequação de Passivo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
RN	Resolução Normativa
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
IAIS	Associação Internacional dos Supervisores de Seguros (sigla em inglês)
OPS	Operadora de Plano de Saúde
CPS	Comissão Permanente de Solvência
IASB	International Accounting Standards Board
IFRS	International Financial Reporting Standards
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
NTAP	Nota Técnica Atuarial de Provisões
PESL	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar
PEONA	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados
PEONA SUS	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados Ocorridos no SUS
PPCNG	Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas
PIC	Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
SUS	Sistema Único de Saúde
ETTJ	Estruturas a Termo da Taxa de Juros
ANBIMA	Associação Brasileira das Entidades dos Mercados Financeiro e de Capitais
BR-EMS	Tábua atuarial baseada na experiência do mercado segurador brasileiro

VP	Valor Presente
VCMH	Varição de Custo Médico-Hospitalares
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – Ticket Médio Mensal das Receitas em 31/12/2019	23
TABELA 2 – Ticket Médio Mensal das Despesas Assistenciais em 31/12/2019	24
TABELA 3 – Estimativa para Evolução de Ticket Médio	32
TABELA 4 – Resultado dos contratos em milhões R\$	36
TABELA 5 – Teste de Sensibilidade da Premissa % Despesa não Assistencial	37
GRÁFICO 1: Composição da Carteira por Status de Regulamentação em 31/12/2019	20
GRÁFICO 2: Composição da Carteira por Tipo de Contratação e Status de Regulamentação em 31/12/2019	21
GRÁFICO 3: Distribuição Etária da Carteira por Status de Regulamentação em 31/12/2019	22
GRÁFICO 4: Sinistralidade da Carteira por tipo de contratação e Status de Regulamentação em 31/12/2019	23
GRÁFICO 5: Sinistralidade da Carteira no Cenário 1 (VCMH)	33
GRÁFICO 6: Sinistralidade da Carteira no Cenário 2 (IPCA Saúde)	33
GRÁFICO 7: Sinistralidade da Carteira no Cenário 3 (IPCA Inflação Geral)	34

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de metodologia para o cálculo do Teste de Adequação de Passivo (TAP) em operadoras brasileiras de saúde suplementar. O TAP é um instrumento utilizado para avaliar se o passivo e, conseqüentemente, as provisões constituídas pela empresa estão adequadas. A metodologia apresentada está de acordo com o que foi proposto no projeto de diretrizes de Solvência II e com as determinações vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ela pode ser aplicada para qualquer operadora de plano de saúde independente da oferta de planos, modificando apenas as premissas atuariais e os fluxos de caixas. Caso o valor presente dos fluxos de caixa projetados se encontre num ambiente de perda, verifica-se se a operadora possui provisões técnicas adequadas para cobri-los. Se a soma do saldo contábil dessas provisões técnicas for superior ao valor presente dos fluxos de caixa projetados, o TAP indica que as provisões estão adequadas, sendo suficientes para cumprir com os compromissos futuros. Caso contrário, as provisões precisarão ser revistas ou mostrasse necessário a constituição de novas provisões.

Palavras-chave: Teste de Adequação de Passivo, TAP, Solvência, Saúde Suplementar, Provisões Técnicas.

ÍNDICE

1.	Introdução	10
2.	Revisão da Literatura	11
2.1.	Regulamentação - ANS.....	12
2.2.	Oferta de Planos	14
2.3.	Provisões Técnicas	15
2.3.1.	Provisões Técnicas para eventos passados	16
2.3.2.	Provisões Técnicas para eventos futuros	17
2.4.	Trabalhos Relacionados	18
3.	Dados	19
3.1.	Análise Descritiva dos Dados.....	20
4.	Metodologia	24
4.1.	Premissas Atuariais	24
4.2.	Fluxos de Caixa	28
4.3.	Estimativas Correntes de Fluxo de Caixa	30
5.	Resultados	31
6.	Teste de Sensibilidade.....	35
7.	Conclusão	36
8.	Referências Bibliográficas	38

1. Introdução

O Teste de Adequação de Passivo (TAP) é um instrumento utilizado para avaliar se o passivo e, conseqüentemente, as provisões constituídas pela empresa estão adequadas. Ou seja, na data base analisada é verificado se a empresa está apta a cumprir com as obrigações decorrentes dos contratos vigentes.

Na saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina que o TAP deve ser realizado obrigatoriamente por operadoras de planos de assistência à saúde com mais de 100.000 (cem mil) beneficiários, a partir do exercício de 2020. De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/DIOPE, a justificativa para a escolha do número é de que, em geral, as operadoras de menor porte não têm, em geral, massa suficiente de beneficiários para realização de estimativas de despesas assistenciais futuras. Dessa forma, os eventos assistenciais tendem a apresentar grande variabilidade, o que dificulta tanto a estimação de eventos ocorridos e não avisados, bem como a estimação dos eventos a ocorrer. Entretanto, nada impede a realização do teste por operadoras de menor porte, desde que a operadora consiga estimar suas despesas de forma adequada.

A nível mundial, a referência adotada para o setor de Seguros, incluindo Saúde, é a diretriz de Solvência II, modelo europeu proposto pela Associação Internacional dos Supervisores de Seguros – IAIS (sigla em inglês). Um dos princípios nucleares da IAIS refere-se à avaliação de ativos e passivos para fins de solvência, e como membro da IAIS, a ANS pretende cumprir, com algumas especificidades, os objetivos impostos pelo projeto Solvência II. De acordo com a Associação, a avaliação não precisa ser feita necessariamente por meio do TAP, mas a ANS decidiu optar pelo teste.

O objetivo deste trabalho é propor uma metodologia para realizar o TAP em Operadoras de Planos de Saúde (OPS) brasileiras. A metodologia será testada com dados de uma operadora de grande porte que oferta 2 tipos de planos: pessoa física (individual/familiar) e pessoa jurídica (coletivo por adesão e empresarial) e para isso, iremos aplicar as diretrizes propostas pela ANS na RN nº 435, de 23 de novembro de 2018. Serão consideradas premissas atuariais baseadas na experiência observada pela própria operadora ou, quando não possuir, na experiência do mercado. Vale

ressaltar que essa mesma metodologia pode ser aplicada para qualquer OPS independente da oferta de planos, modificando apenas as premissas atuariais e os fluxos de caixas.

Caso o valor presente dos fluxos de caixa projetados se encontre num ambiente de perda, verifica-se se a operadora possui provisões técnicas adequadas para cobri-las. Se a soma do saldo contábil dessas provisões na data-base for superior ao valor presente dos fluxos de caixa projetados, o TAP indica que as provisões estão adequadas, sendo suficientes para cumprir com os compromissos futuros. Caso contrário, as provisões precisarão ser revistas ou mostra-se necessário a constituição de novas provisões.

Diante dos objetivos propostos, este trabalho está organizado em sete capítulos, incluindo essa introdução. No próximo capítulo é apresentada uma visão geral sobre a regulamentação que envolve o TAP, os tipos de planos comercializados pelas operadoras brasileiras e, por fim, as provisões técnicas exigidas atualmente pela ANS. No terceiro capítulo incluiremos análises dos dados que nos foi fornecido e que auxiliarão nas interpretações futuras. No quarto capítulo é apresentado uma sugestão metodológica para alcançar os objetivos, apresentando as premissas atuariais e os fluxos de caixa que nos levarão ao resultado do TAP. Já no capítulo cinco são apresentados os resultados encontrados, analisados à luz de cada cenário de índice financeiro de reajuste das despesas assistenciais. No sexto capítulo iremos realizar um teste de sensibilidade de premissas, em especial a premissa “porcentagem de despesas não assistenciais”. No sétimo e último capítulo, serão apresentadas as principais conclusões do trabalho, buscando sintetizar os resultados dos testes e sugerir análises relevantes.

2. Revisão da Literatura

Nesse capítulo será feita uma breve introdução sobre a regulamentação do TAP, desde as primeiras resoluções normativas até as atuais. Falaremos sobre os tipos de planos comercializados pelas operadoras e sobre as provisões técnicas exigidas atualmente pela ANS. Iremos comentar também sobre alguns trabalhos existentes no mercado.

2.1.Regulamentação - ANS

Quando um contratante opta por um plano de saúde, ele pretende obter cobertura assistencial – futura e incerta – em troca do pagamento de contraprestações/prêmios. Para isso, espera-se que a OPS faça uma boa administração dos recursos captados para que ela possa cumprir com a assistência prometida. Entretanto, o contratante do plano não possui autonomia e embasamento para avaliar a situação econômico-financeira da operadora. Sendo assim, cabe ao Estado o papel de fiscalizar e regulamentar o mercado, zelando pelo contratante e sustentando o interesse público.

No Brasil, o órgão governamental responsável pela regulamentação deste mercado é a ANS - agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de saúde suplementar no Brasil. Ela é responsável pela adoção de condutas que garantam capital suficiente para cumprir com os riscos assumidos esperados e inesperados, minimizando os riscos de insolvência. Tais condutas determinarão a permanência da empresa no mercado e garantirão a segurança do contratante. Essas regras de conduta são estabelecidas através de leis e normativos que precisam ser cumpridos pelas operadoras.

De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 3/2017/DIOPE da ANS, 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; e garantias financeiras, que visam cobrir os riscos previstos da operação através de provisões. Se alguma das duas garantias não estiver adequada, mesmo que a outra esteja, a operadora estará sob o risco de insolvência.

A regulamentação em torno desses dois grupos iniciou-se pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 77/2011, que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas OPS, e foi modificada pela RN 14/2002 que por sua vez, dispõe sobre a Margem de Solvência das Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde. Em 2007, a RN 160 revogou a RDC 77, e

estabeleceu novas regras referentes às provisões técnicas e à constituição de capital. Essa RN foi revogada pela RN 209/2009, a qual também foi revogada posteriormente pela RN 451/2020 (atualmente em vigor) no que concerne às regras de capital e pela RN 393/2015 que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Já no que se dispõe sobre o plano de contas da ANS, sobre a definição das normas contábeis do setor, a regulamentação teve início com a RDC 38/2000, que institui o Plano de Contas Padrão aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – OPS, com primeira revisão na RN 3/2002 e primeira revogação na RN 27/2003. O plano de contas passou por diversas alterações, que podem ser consultadas no site da ANS, até chegar às mais recentes: a RN 290/2012 que posteriormente foi revogada pela RN 435/2018 e que está em vigor atualmente. Toda regulamentação em torno das regras prudenciais e do plano de contas foi pensada para proporcionar mais garantia para o mercado, sem que tivesse um custo regulatório muito alto. Sendo assim, elas são adotadas e revisadas gradualmente acompanhando o desenvolvimento do setor.

Desde 2017, a ANS retomou os trabalhos com a Comissão Permanente de Solvência (CPS), que discute medidas para melhorar as regras de capitais do setor, e mais recentemente, procura definir um critério de valoração de passivo. É necessário que, tanto o capital, quanto o passivo da OPS, estejam adequados, caso contrário, teremos resultados que não representam a realidade da empresa. Pensando na valoração do passivo, uma das discussões recentes dessa comissão foi sobre a realização do TAP, para verificar se as provisões da operadora estão adequadas.

O TAP inicialmente foi proposto pelo International Accounting Standards Board (IASB) no International Financial Reporting Standards (IFRS) 4, relatório financeiro relativo a contratos de seguros, publicado em março de 2004. O relatório fornece orientação e requisitos para a contabilização de contratos de seguro, e um dos requisitos é testar se os passivos de seguro estão adequados. Entretanto, em maio de 2017, o IASB apresentou uma segunda fase, mais abrangente, de seu projeto de contabilidade de seguros: o IFRS 17, que entrará em vigor em 1 de janeiro de 2023. Um dos fatores levados em conta pela CPS, ao decidir sobre a realização do TAP, foi de que a alteração na estrutura de codificação do Plano de Contas Padrão será

inevitável para a futura adequação ao IFRS 17, contemplando relevantes alterações para o reconhecimento, a mensuração, a apresentação e a divulgação das responsabilidades com contratos de seguro.

A CPS tornou objeto de consulta pública, no período de 5 de julho a 3 de agosto de 2018, a proposta de implementação de alteração normativa para aprimoramento das provisões técnicas. Foi enviado um questionário para que a ANS pudesse tomar conhecimento de quais operadoras já realizavam o TAP e como era feito. De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE, o questionário foi enviado para todas as operadoras médico-hospitalares e odontológicas ativas na data de envio, tendo sido respondido por 392 operadoras. Entre as respondentes, apenas 18 (4,6%) afirmaram realizar o teste. Após considerar as repostas da consulta pública, foram apresentadas pela CPS algumas alternativas regulatórias, abrangendo a obrigatoriedade e reconhecimento contábil do teste.

Baseado nos resultados apresentados pela CPS, a ANS decidiu exigir a realização do TAP apenas para as operadoras de grande porte – operadoras de planos de assistência à saúde com mais de 100.000 (cem mil) beneficiários. Isso porque as operadoras de menor porte não têm, em geral, massa suficiente de beneficiários para realização de estimativas de despesas assistenciais futuras. Os eventos assistenciais tendem a apresentar grande variabilidade, o que dificulta a estimação de eventos ocorridos e não avisados. Optou-se também, por não ser necessário o reconhecimento de eventuais deficiências apuradas nos resultados contábeis, mas somente divulgação em notas explicativas das demonstrações financeiras.

2.2. Oferta de Planos

Para aplicar a metodologia que será proposta neste trabalho, usaremos informações de uma OPS brasileira de grande porte. Esta operadora oferta dois tipos de planos ao público: individual/familiar e coletivo (adesão e empresarial). Os dois tipos de planos possuem contratos não regulamentados – que abrangem os planos que foram adquiridos antes de 2 de janeiro de 1999 – e regulamentados – que

abrangem os firmados a partir desta data. A operadora também possui planos com e sem fator de coparticipação.

De acordo com a ANS, o contrato de plano individual ou familiar é aquele assinado entre uma operadora de planos de saúde e uma pessoa física, para a assistência do titular e/ou do seu grupo familiar. Já o contrato de plano coletivo é aquele assinado entre uma operadora de planos de saúde e uma pessoa jurídica, que oferece assistência à população delimitada e a ela vinculada, extensível ao seu grupo familiar. Os planos de saúde coletivos podem ser: a) coletivo empresarial, no qual os beneficiários estão vinculados à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária; ou b) coletivo por adesão, onde os beneficiários estão vinculados às pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial. Já a coparticipação é o valor pago à parte pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde, fazendo com que o custo mensal do plano varie conforme a utilização.

2.3. Provisões Técnicas

De acordo com a ANS, provisões técnicas são montantes a serem contabilizados em contas do passivo da operadora, com o objetivo de garantir/refletir as obrigações futuras decorrentes da sua atividade. De modo geral, seria o quanto de dinheiro a operadora precisa reservar em seu balanço para arcar com esses compromissos. O correto dimensionamento das provisões técnicas tem impacto direto sobre a distribuição de lucros e no volume de impostos a pagar, além de ser objeto especial de análise em situações de fusões e aquisições, uma vez que provisões em excesso oneram o resultado operacional presente, pois a constituição de provisão gera despesa contábil. Em contrapartida, constituir menos provisão do que se deveria, expõe a entidade a maior probabilidade de insolvência, afetando sua credibilidade no mercado (Carvalho e Carvalho, 2019).

O normativo que estabelece as regras de provisionamento para as OPS é a RN 393/15, que foi recentemente alterada pela RN 442/18, que além das provisões já estabelecidas anteriormente, define a constituição de novas provisões técnicas que deverão ser constituídas obrigatoriamente a partir de janeiro de 2020, de maneira

escalonada e linear ao longo de 36 meses¹. De acordo com o normativo, as provisões deverão ser constituídas, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, podendo ser realizadas por metodologia própria ou metodologia disposta pela ANS. Quando estimadas por meio de metodologia atuarial própria, as OPS ficam obrigadas a comunicar à diretoria de normas e habilitação das operadoras - (DIOPE) através de nota técnica atuarial de provisões (NTAP), formal e previamente, a metodologia atuarial adotada, bem como a data base contábil referente ao início da contabilização das provisões. Quando a OPS não possui metodologia atuarial que atenda aos requisitos propostos pela RN, ela deverá observar as informações dispostas pela ANS nos anexos do normativo. A regulamentação estabelece as provisões técnicas mínimas/obrigatórias a serem constituídas e permite que sejam elaboradas outras provisões que não foram mencionadas, desde que seja para manter o equilíbrio econômico-financeiro da operadora. Para isso, a metodologia deverá ser encaminhada através de NTAP para aprovação. Uma vez aprovada, a nova provisão torna-se obrigatória e deverá seguir a mesma periodicidade das provisões mínimas.

As provisões técnicas obrigatórias, definidas pela RN, podem ser divididas em dois grupos: provisões de eventos passados e provisões de eventos futuros. A diferenciação decorre da perspectiva temporal, pois as provisões de prêmios são constituídas para fazer frente à expectativa de sinistros a ocorrer e suas respectivas despesas (eventos futuros), enquanto as provisões de sinistros são valores contabilizados para cobrir indenizações e despesas associadas aos sinistros já ocorridos (eventos passados) (Carvalho e Carvalho, 2019). Apresentaremos nos próximos tópicos as provisões que constituem os dois grupos e suas definições de acordo com a RN vigente.

2.3.1. Provisões Técnicas para eventos passados

¹ Sua contabilização seria obrigatória a partir de janeiro/2020 e parcial (1/36 avos ao mês), de forma que o montante seria integralmente constituído contabilmente somente em dezembro/2022. Porém, na 6ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada – DICOL/ANS, realizada no dia 31/03/2020, foi deliberada a postergação de exigência de PEONA SUS e PIC para início em janeiro/2021, alterando os prazos constantes dos artigos 20-A e 20-B da RN 393, de 2019, mas mantendo o prazo final para constituição integral dessas provisões para dezembro/2022.

- PESL – Provisão de eventos/sinistros a liquidar: referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS. A PESL deverá ser constituída pelo valor integral, cobrado pelo prestador, no mês da notificação da ocorrência da despesa assistencial, bruto de qualquer operação de resseguro. A PESL deverá contemplar os eventuais ajustes nos valores avisados até que ocorra a efetiva liquidação/pagamento do evento/sinistro.
- PEONA – Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados: referente à estimativa do montante de eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS, exceto quanto aos eventos sinistros originados no Sistema Único de Saúde (SUS). A PEONA, a ser constituída mensalmente por todas as OPS, deverá ser estimada atuarialmente ou pela aplicação dos percentuais definidos no normativo, esse último permitido apenas para OPS de médio e pequeno porte.
- PEONA SUS – Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS: referente à estimativa do montante de eventos/sinistros originados no Sistema Único de Saúde (SUS), que tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS. A PEONA SUS deverá ser constituída com base em metodologia atuarial consistente, utilizando base de dados da própria operadora. Caso a OPS não possua metodologia atuarial que atenda aos requisitos da presente RN, deverá observar, para cálculo da PEONA SUS, o disposto no Anexo VIII da respectiva RN.

2.3.2. Provisões Técnicas para eventos futuros

- PPCNG – Provisão para prêmios/contraprestações não ganhas: trata-se da parte do prêmio/contraprestação referente ao período de cobertura do risco que ainda não decorreu. O cálculo da PPCNG deve apurar a parcela de prêmios/contraprestações não ganhas, relativa ao período de cobertura mensal do risco, sendo formada pelo valor resultante da fórmula abaixo, nos contratos em pré-pagamento, por meio de cálculos individuais dos contratos vigentes na data base de sua constituição:

$$\text{PPCNG} = \text{Prêmio/Contraprestação Mensal} \times \frac{\text{Período de Risco a Decorrer}}{\text{Período Total de Cobertura do Risco}}$$

- PIC – Provisão para insuficiência de contraprestação/prêmio: referente à insuficiência de contraprestação/prêmio para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer, quando constatada. A PIC deve ser apurada considerando-se todos os contratos médico-hospitalares em preço preestabelecido e os seguintes períodos mínimos:
 - I – um ano, a partir da data base de cálculo, para os contratos de planos médico-hospitalares individuais/familiares;
 - II – um ano a partir da data base de cálculo ou até o final da vigência dos contratos, o que acontecer primeiro, para todos os contratos de planos médico-hospitalares não relacionados no item I.
- Provisão para remissão: referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão, que consiste na possibilidade do beneficiário ou seus dependentes, manterem seus planos sem efetuar o pagamento de prêmio/contraprestação por tempo determinado. Os eventos geradores de benefício de reemissão precisam estar estabelecidos no contrato e são, em geral morte, desemprego ou invalidez do titular do plano.

2.4. Trabalhos Relacionados

JÚNIOR MACIEL, J. N. (2019) escreveu sobre o TAP na saúde suplementar, quando o teste ainda não era obrigatório e era objeto de consulta pública. Ele introduziu conceitos básicos sobre o teste, e previu uma estrutura para sua realização com base em seus conhecimentos e no que já era exigido pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ao mercado segurador. Através de pontos abordados no questionário distribuído na consulta pública, ele discute questões como a consideração de faixa etária para projeção de custos e despesas, e a necessidade de ajuste exponencial/polinomial sobre os dados. Em suma, ele aborda possibilidades que levariam a um melhor aproveitamento do teste, tornando-o mais verídico e um melhor reflexo da realidade da operadora.

JÚNIOR MACIEL, J. N. (2019) voltou a falar sobre o TAP, agora já definido pela ANS como obrigatório. O texto “Aspectos técnicos, cenários, desafios e um exemplo hipotético para o TAP”, é o trabalho mais prático encontrado sobre TAP na saúde suplementar, e fornece uma visão sobre o que a ANS espera: análise do passivo. Através deste trabalho, também é possível visualizar algumas semelhanças entre a realização do teste nas exigências da ANS e da SUSEP.

FARIA A. G. e GAVA V. S. (2013) apresentaram a metodologia de cálculo para o teste de adequação de passivo para o ramo de automóveis. Eles apresentaram de forma prática o que a SUSEP exige das seguradoras e que, de certa forma, está alinhado com as exigências da ANS. É um trabalho completo que se preocupa em explicar os termos utilizados ao longo do texto. Além da metodologia principal, eles também apresentam um teste de sensibilidade das premissas, algo que a ANS ainda não incluiu nas exigências, mas que a experiência da SUSEP mostra ser significativo.

Outro importante trabalho sobre o tema é o QUESTIONÁRIO SOBRE A REALIZAÇÃO DO TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: RELATÓRIO (2018) da própria ANS. Ele traz todos os pontos que foram levantados pelo regulador e que devem ser considerados na elaboração do teste, além de mostrar como esses pontos foram decisórios para definir a obrigatoriedade do TAP para as OPS de grande porte.

Vale ressaltar que nenhum dos trabalhos sobre o TAP na saúde suplementar abordam o que seria cada um dos termos ou premissas, exigindo assim, um conhecimento prévio e técnico do assunto para realizar a leitura. O diferencial deste trabalho será proporcionar para o leitor a possibilidade de compreender do que se trata cada passo da realização do teste.

3. Dados

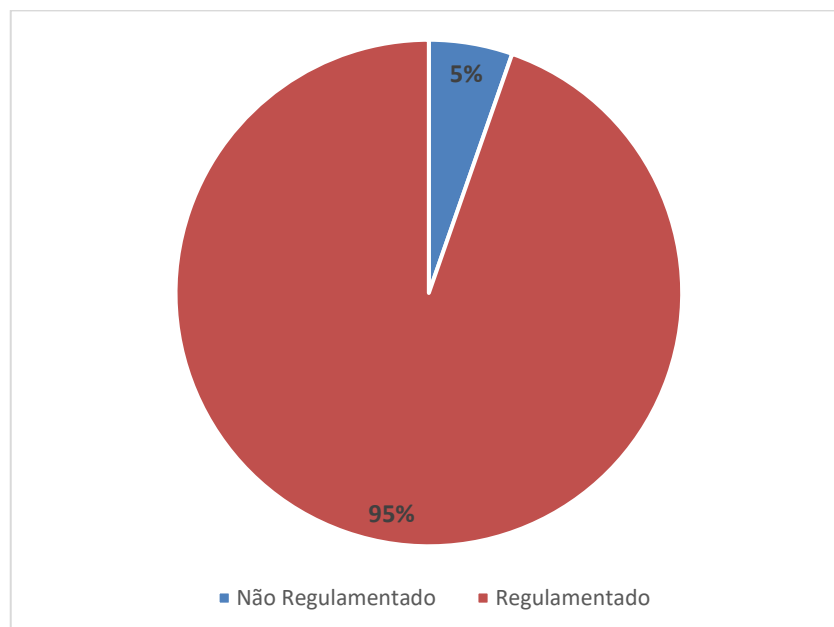
Foram cedidos, pela operadora em estudo, dois bancos de dados: um de beneficiários por idade simples para a data base de 31/12/2019, e outro de receitas e despesas assistenciais por grupo etário para os anos de 2016 a 2019. Todos os dois

bancos possuem as informações por tipo de plano, status de regulamentação, e se possui ou não coparticipação. O banco de beneficiários é composto ainda por informações que detalham as características do indivíduo, como sexo e ano de nascimento por idade simples. Todas essas informações são importantes para conhecer as características das carteiras e posteriormente interpretar os resultados do teste. A seguir, vamos apresentar as análises descritivas dos principais componentes desses bancos de dados.

3.1. Análise Descritiva dos Dados

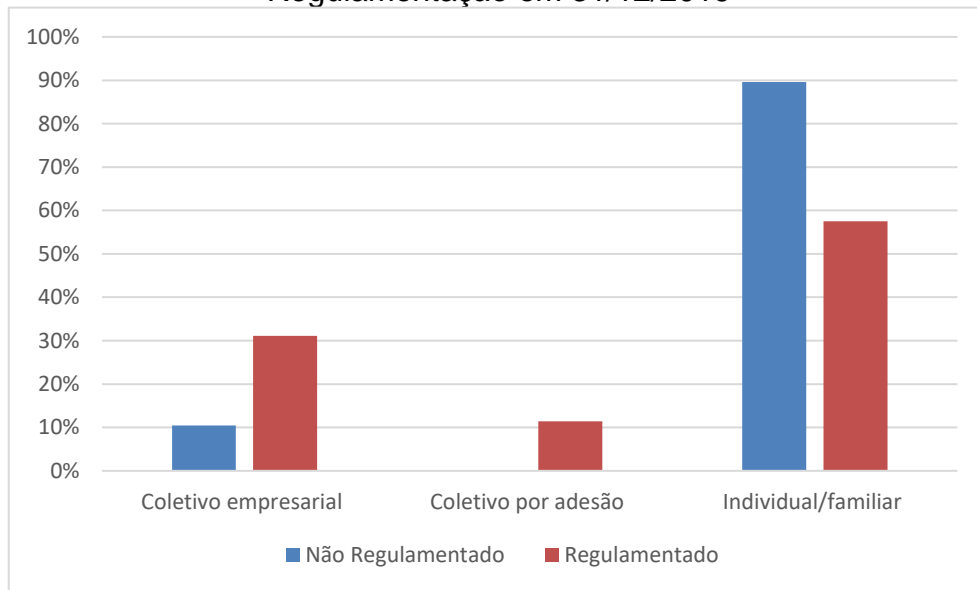
A carteira analisada é majoritariamente composta por planos regulamentados (Gráfico 1), o que acompanha a tendência do mercado, que de acordo com o TABNET ANS – Informações em Saúde Suplementar, possui aproximadamente 93% do total de beneficiários em planos regulamentados. Em relação ao tipo de plano/contratação, a carteira possui a maior parte dos beneficiários no plano individual/familiar, seguido por coletivo empresarial e por último coletivo por adesão (Gráfico 2).

Gráfico 1: Composição da Carteira por Status de Regulamentação em 31/12/2019



Fonte: Elaboração própria

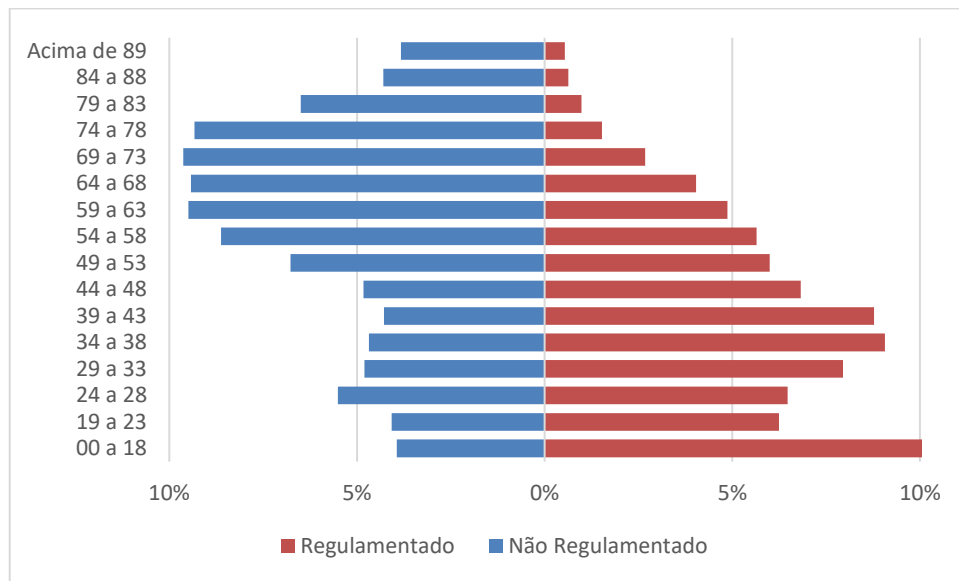
Gráfico 2: Composição da Carteira por Tipo de Contratação e Status de Regulamentação em 31/12/2019



Fonte: Elaboração própria

No Gráfico 3, vemos a estrutura etária dos beneficiários por status de regulamentação dos planos. A partir deste gráfico, é possível observar que a estrutura etária dos planos não regulamentados é mais envelhecida do que a dos planos regulamentados, o que já era de se esperar, devido ao fato dos planos não regulamentados não serem mais comercializados. Dentre os planos regulamentados, vemos que a faixa com maior volume de beneficiários é faixa de 0-18 anos, entretanto, é uma faixa mais “alargada” e por quantidade de beneficiários em idade simples teríamos as faixas 34-38 e 39-46 predominantes. Nesse ponto da análise, já é possível identificar quais planos têm um maior peso em número de indivíduos.

Gráfico 3: Distribuição Etária da Carteira por Status de Regulamentação em 31/12/2019



Fonte: Elaboração própria

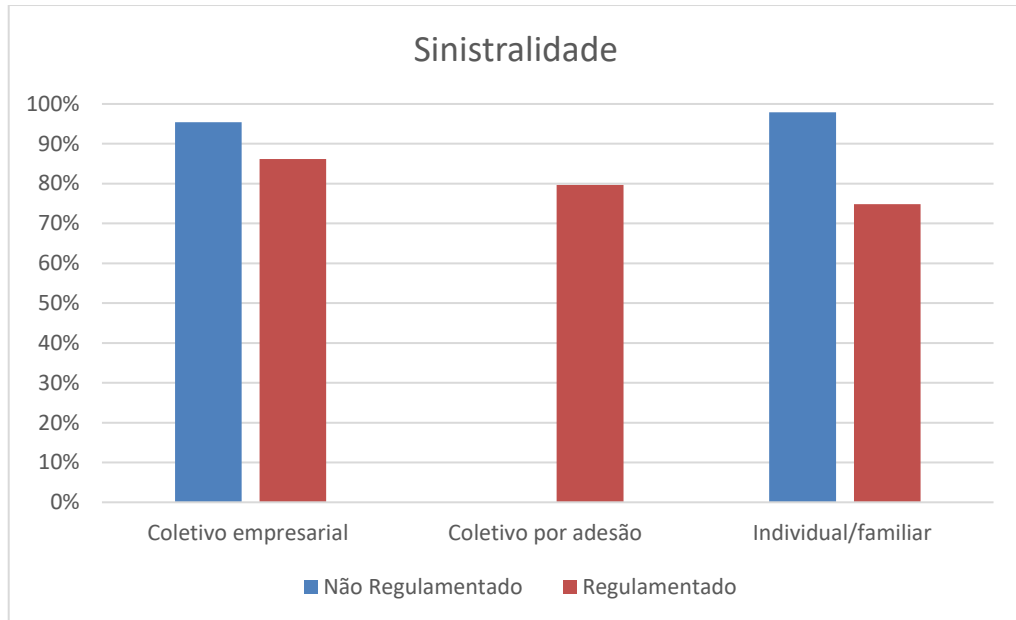
Analisando agora o banco de dados de receitas e despesas, vamos observar a sinistralidade² e os tickets médios da carteira em 31/12/2019.

Ao analisar a sinistralidade, vemos o quanto da receita de contraprestação está sendo consumida pelas despesas assistenciais. O Gráfico 4 mostra que a situação dos planos não regulamentados é crítica, temos quase 100% das receitas comprometidas com as despesas assistenciais, ou seja, sobra uma porcentagem mínima das receitas para cobrir as demais despesas, tanto para os planos individuais/familiares quanto para os planos coletivos empresariais. Já para os planos regulamentados, a situação é um pouco mais confortável, pois para os planos individuais e coletivo por adesão sobra um pouco mais de 20% para as despesas não assistenciais, e para o coletivo empresarial aproximadamente 15%. Cabe agora analisar qual a porcentagem de despesa não assistencial da operadora e levar em conta o peso de cada um desses planos na carteira total. Através do site da ANS, em dados e indicadores do setor (Sala de Situação) conseguimos encontrar o percentual médio de mercado das despesas não assistenciais (administrativas e de comercialização), que foi, em 2019, de aproximadamente 13% das receitas. Nessa porcentagem, apenas os planos regulamentados estariam rentáveis nessa data-base.

² Sinistralidade = Despesas não assistenciais / Receitas

Entretanto, a carteira dos planos não regulamentados representa apenas 5% da carteira total, o que permite que ainda tenhamos uma carteira rentável.

Gráfico 4: Sinistralidade da Carteira por tipo de contratação e Status de Regulamentação em 31/12/2019



Fonte: Elaboração própria

As tabelas a seguir trazem os tickets médios mensais de receitas e despesas em 31/12/2019. Podemos observar, através das Tabelas 1 e 2, que o ticket médio mensal de receitas é mais alto para planos individuais, planos em que temos maior massa de beneficiários e menor sinistralidade, o que conta positivamente para rentabilidade da nossa carteira total.

Tabela 1: Ticket Médio Mensal das Receitas em 31/12/2019

	Não Regulamentado	Regulamentado
Coletivo empresarial	R\$ 141,48	R\$ 353,07
Coletivo por adesão	-	R\$ 528,66
Individual/familiar	R\$ 661,44	R\$ 669,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2: Ticket Médio Mensal das Despesas Assistenciais em 31/12/2019

	Não Regulamentado	Regulamentado
Coletivo empresarial	R\$ 138,53	R\$ 448,90
Coletivo por adesão	-	R\$ 575,23
Individual/familiar	R\$ 667,89	R\$ 608,50

Fonte: Elaboração própria

4. Metodologia

A metodologia tem como objetivo encontrar o resultado do valor presente das estimativas correntes de fluxo de caixa, que decorram do cumprimento dos contratos de planos de saúde na modalidade de pré-pagamento, cuja vigência tenha se iniciado até a data base considerada. Caso esse resultado se encontre em um ambiente de perda, é preciso compará-lo com as provisões técnicas adequadas. Para isso, os fluxos de caixa serão estimados de acordo com as premissas atuarias pré-definidas e descontados a valor presente, com base nas estruturas a termo da taxa de juros (ETTJ) livre de risco pré-fixada, definidas pela Associação Brasileira das Entidades dos Mercados Financeiro e de Capitais (ANBIMA).

Sendo assim, iniciaremos apresentando as premissas atuarias e os fluxos de caixa, chegando às estimativas correntes de fluxo de caixa, que nos levarão ao resultado do TAP.

Para constituição da metodologia, nos basearemos principalmente no anexo I da RN nº 435 de 23 de novembro de 2018 e em alguns passos propostos por JÚNIOR MACIEL, J. N. (2019) no texto “Teste de Adequação de Passivo (TAP) – aspectos técnicos, cenários, desafios e um exemplo hipotético”.

4.1. Premissas Atuarias

De acordo com a RN nº 435/18, as premissas deverão ser baseadas na experiência observada pela OPS, ou na de mercado quando não houver experiência própria. Além disso, todas as premissas deverão ser definidas e justificadas no estudo atuarial entregue pela operadora.

Parte das premissas a serem consideradas neste trabalho foram definidas pela própria RN e o complemento foi feito através de dados históricos da operadora em estudo. Apresentamos nos tópicos a seguir, as premissas consideradas nesse texto.

4.1.1. Segregação mínima dos contratos

A ANS determina que a segregação mínima dos contratos deverá estar entre as modalidades: (i) individual, (ii) coletiva empresarial, (iii) coletiva por adesão e (iv) corresponsabilidade assumida. Na OPS em estudo, as segregações (i), (ii) e (iii) são comercializadas, e possui tanto contratos regulamentados quanto não regulamentados.

4.1.2. Tábua atuarial

Tábua atuarial é o instrumento utilizado para calcular as probabilidades de vida e morte de uma população, em função da idade. De acordo com a ANS, as operadoras devem utilizar as tábuas BR-EMS vigentes no momento da realização do TAP ajustadas, quando for o caso, por critério de desenvolvimento de longevidade. As tábuas atuariais BR-EMS (Experiência do Mercado Segurador Brasileiro), vigentes desde 2010 e atualizadas a cada cinco anos, possuem 4 variantes classificadas por cobertura e sexo. O nome dado às tábuas reflete as variantes, com tipo de cobertura – sobrevivência (sb) e mortalidade (mt) – e o sexo – feminino (f) e masculino (m).

A tábua vigente no momento do presente trabalho é a atualização de 2015, e utilizaremos a variante de sobrevivência para os dois sexos: (BR-EMSsb-v.2015-m) e (BR-EMSsb-v.2015-f). Optamos por não ajustar as tábuas utilizadas por não possuímos informações referentes à longevidade da carteira, o que inviabilizou a realização de teste de aderência.

4.1.3. Índices financeiros

Ao projetar as receitas e despesas assistenciais para o TAP, deve-se observar índices financeiros que reflitam os custos, os reajustes de mensalidades praticados

pela OPS e que, minimamente, cubram os efeitos da inflação e contemplem a margem de lucro da operadora.

Para encontrar o índice financeiro de reajuste das receitas, optamos por avaliar as variações médias per capita dos dados históricos da OPS. Para os planos individuais ou familiares, a ANS limita o percentual máximo de reajuste que poderá ser aplicado nas mensalidades, limite esse, respeitado no reajuste destes planos. Em relação aos planos coletivos, o reajuste não é regulado pela ANS, sendo apenas monitorado e acompanhado por ela.

Ao projetar as despesas assistenciais, optamos por analisar 3 cenários com os índices mais comuns no mercado de saúde suplementar: o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que como o próprio nome já diz, é o mais generalizado e não adentra muito as especificidades do mercado de saúde; o IPCA Saúde, que apura apenas a variação de preços de uma cesta de produtos e serviços ligados à saúde; e a Variação de Custos Médico-Hospitalar (VCMH), que adiciona ao IPCA Saúde a possibilidade de captar a frequência de utilização desses insumos e dos procedimentos. Vale ressaltar que, além do conceito, também é preciso levar em conta qual dos índices se aproxima e reflete melhor a realidade dos custos já observados pela operadora.

4.1.4. Data base e horizonte temporal

A data base considerada para a realização do teste no presente trabalho é 31/12/2019 e segue o período de vigência dos contratos.

De acordo com a RN 435/18, a periodicidade das estimativas correntes de fluxo de caixa deverá ser equivalente à vigência dos contratos e limitadas ao horizonte máximo de 8 (oito) anos. A justificativa da ANS, com relação ao horizonte máximo de tempo a ser considerado, é de que, considerando que os contratos individuais/familiares têm prazo de vigência indeterminado e não podem ser cancelados unilateralmente pelas operadoras, optou-se por adotar o prazo máximo de 8 (oito) anos, por ser essa a estimativa de renovação total da carteira de planos individuais/familiares, de acordo com a taxa média de rotatividade de 12% por ano

apurada para esse tipo de contratação, no período de 2005-2017. Neste trabalho, optamos pela periodicidade de 8 anos para os contratos individuais – com projeção até 2027 – e de 1 ano para os contratos coletivos – com projeção até 2020.

4.1.5. Estruturas a Termo da Taxa de Juros (ETTJ)

De acordo com a RN 435/18, as estimativas correntes dos fluxos de caixa deverão ser descontadas a valor presente com base na curva de juros ETTJ livre de risco pré-fixada definida pela ANBIMA, obtida a partir de instrumentos financeiros considerados isentos de riscos de crédito disponíveis no mercado brasileiro.

De acordo com a metodologia da ANBIMA, a premissa básica para estimação da curva de juros é a de que o preço de um título de renda fixa é igual ao fluxo de caixa futuro prometido pelo emissor, trazido a valor presente por uma função desconto. O modelo adotado é amplamente utilizado por diversos bancos centrais por tratar-se de uma forma funcional simples que descreve toda a estrutura temporal das taxas de juros com um pequeno número de parâmetros. O objetivo é minimizar a diferença entre o preço indicativo e o preço resultante do modelo. Para isso, os parâmetros da ETTJ ($\beta_i \lambda_i$) são obtidos através da minimização do somatório dos erros quadráticos dessa diferença.

No site oficial da ANBIMA, é possível encontrar o relatório completo com todas as especificidades da metodologia e planilha financeira. A planilha traz informações sobre os estimadores ano a ano, e considera o efeito da inflação implícita.

Hoje, é possível encontrar através do site da SUSEP, a planilha com as taxas de descontos de acordo com a data base desejada. No site da ANBIMA, encontramos os indexadores na data igual ou inferior a 5 dias úteis do dia da consulta. Em suma, no site da SUSEP é possível encontrar um histórico de buscas que o site da ANBIMA ainda não disponibiliza.

4.1.6. Outras Premissas

Além das premissas pré-estabelecidas pela ANS, definimos algumas outras premissas necessárias para a elaboração deste trabalho.

- Para realizar o teste, são considerados apenas os contratos já firmados com a operadora, ou seja, não há novas entradas de beneficiários na carteira.
- Para o nosso estudo, as saídas dos beneficiários ocorrem somente pelo decréscimo morte. Os outros decréscimos não foram considerados pelo fato de não possuímos informações suficientes. Entretanto, o ideal seria considerar a taxa de rotatividade total da carteira, considerando por exemplo, saídas por cancelamentos voluntários e inadimplência.
- Para a OPS em estudo, a carteira de planos regulamentados possui planos com e sem coparticipação.
- Além das 10 faixas etárias da ANS, abrimos a última faixa etária de 5 em 5 anos (+7 faixas). Dessa forma, trabalharemos com um total de 16 faixas etárias. O objetivo é estimar melhor as despesas da última faixa etária da ANS, que é mais ampla e heterogênea.
- Para as despesas não assistenciais (administrativas e de comercialização), adotamos um percentual médio de mercado, obtido através do site da ANS, em dados e indicadores do setor (Sala de Situação). O valor observado foi, em 2019, de aproximadamente 13% em relação às Receitas.
- Consideraremos como vidas expostas, a quantidade de beneficiários que estavam expostos a utilizar o plano de saúde durante o ano, levando em consideração somente a data de seu ingresso e saída do plano. Ou seja, não foi considerado se estava cumprindo carência, mas tão somente se esteve durante todo o ano na OPS, ou por um período menor caso tenha entrado após 01 de janeiro ou saído antes de 31 de dezembro.

4.2. Fluxos de Caixa

Os fluxos de caixa estimam as obrigações assumidas pela operadora no cumprimento dos contratos vigentes, e foram estimados de acordo com as premissas definidas anteriormente.

Conforme já especificado, a periodicidade do nosso fluxo de caixa é de 8 anos para os contratos individuais e de 1 ano para os contratos coletivos. Para projetar o número de beneficiários nesse período, foi realizado o cálculo das estimativas de sobrevivência utilizando as tábuas atuariais definidas nas premissas. Realizaremos a projeção, com os beneficiários em idade simples já segregados por status de regulamentação, tipo de contratação e sexo. A seguir, projetaremos as estimativas dos fluxos de caixa relacionados a receitas, despesas assistenciais e despesas não assistenciais.

4.2.1. Fluxo de Receitas

Para projetar as receitas, multiplicamos nossos beneficiários projetados agrupados por faixa etária – as 16 faixas definidas nas premissas – e segregados por status de regulamento e tipo de plano, pelo respectivo ticket médio. Também incluímos a cada ano de projeção, o reajuste anual médio por tipo de contratação, respeitando o percentual máximo permitido pela ANS para o plano individual/familiar. Para fluxos de receita, o sexo não influencia, pois o preço dos planos não possui diferenciação por sexo.

4.2.2. Fluxo de Despesas Assistenciais

Para projetar as despesas assistenciais, multiplicamos nossos mesmos beneficiários projetados agrupados por faixa etária e segregados por status de regulamentação e tipo de plano, pelo respectivo custo médio assistencial per capita. Aqui, o custo assistencial já está descontado dos fatores moderadores (coparticipação) no mesmo agrupamento/faixa etária. Nesse momento, conseguimos enxergar a importância de abrir a décima faixa da ANS para melhorar a estimativa do custo real com os beneficiários, pois sabemos dos custos mais elevados nesta última

faixa. Para essa projeção, o sexo também influencia fortemente, pois os custos são diferentes para cada um deles. Entretanto, como não temos os dados do custo assistencial per capita por sexo, nos limitamos a não fazer essa distinção.

Além disso, precisamos incluir o impacto anual do índice financeiro que reflita os custos da operadora a cada ano de projeção. Como já indicado nas nossas premissas, optamos por analisar os 3 índices/cenários mais comuns no mercado de saúde suplementar: O Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o IPCA Saúde e a Variação de Custos Médico-Hospitalar (VCMH).

4.2.3. Fluxo de Despesas Não Assistenciais

Nesse ponto, projetamos as despesas não assistenciais que abrangem despesas como impostos, de comercialização, administrativas, entre outras. Foram consideradas as despesas não assistenciais de mercado, definida nas premissas como aproximadamente 13% das receitas. O percentual foi multiplicado pelas receitas projetadas ano a ano nos passos anteriores.

4.3. Estimativas Correntes de Fluxo de Caixa

Partimos do resultado dos três fluxos – receitas, despesas assistenciais e despesas não assistenciais – projetados ano a ano e segmentados por status de regulamentação e tipo de plano, para realizar o desconto pela taxa de juros (ETTJ) livre de risco pré-fixada definidas pela ANBIMA e encontrar o Valor Presente (VP) dos fluxos.

Com os VPs de receitas, despesas assistenciais e despesas não assistenciais por segmentação, encontramos nosso resultado parcial:

ResultadoParc = VP das receitas – VP das despesas assistenciais – VP das despesas não assistenciais

onde:

ResultadoParc é o resultado parcial segmentado.

Lembrando que aqui, teremos um resultado parcial – resultados segmentados por status de regulamentação e tipo de plano – que precisam ser somados para chegar ao resultado final. Todo processo deve ser realizado da mesma forma considerando os 3 cenários de despesas assistenciais, tendo assim um resultado para cada cenário.

5. Resultados

Antes de trazer o resultado efetivo do teste, é importante analisar algumas informações que serão relevantes para nossa interpretação.

O ticket médio de receitas evolui ao longo dos anos de projeção de acordo com o índice de reajuste utilizado, ou seja, os planos que possuem reajustes mais altos terão o ticket médio crescendo mais rapidamente. Podemos ter o mesmo raciocínio para o ticket médio de despesas, que na nossa análise irá variar de acordo com o cenário, tendo o cenário 1 (VCMH) o maior índice, seguido pelo cenário 2 (IPCA Saúde), e o cenário 3 (IPCA Inflação Geral) com o menor índice. Sendo assim, quando o índice de reajuste de receita é maior do que o índice de despesa, estaremos em um cenário favorável para uma carteira rentável (vide Tabela 3). Vale ressaltar, que é apenas uma estimativa, a evolução efetiva vai depender do valor inicial dos tickets médios.

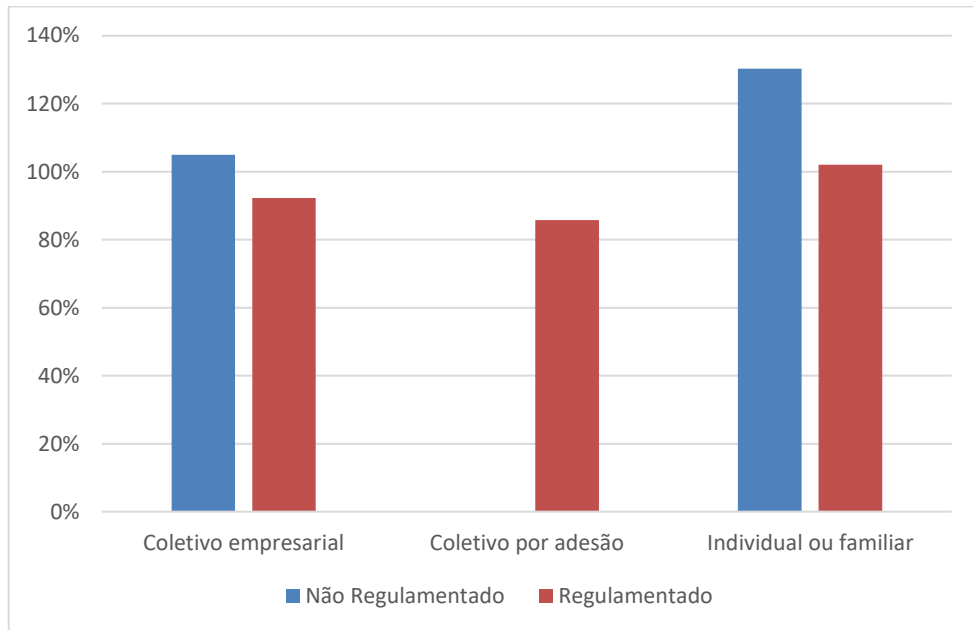
Tabela 3: Estimativa para Evolução de Ticket Médio

Status de Regulamentação	Tipo de Plano	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Não Regulamentado	Coletivo empresarial	Desfavorável	Favorável	Favorável
Não Regulamentado	Individual ou familiar	Desfavorável	Desfavorável	Desfavorável
Regulamentado	Coletivo empresarial	Desfavorável	Desfavorável	Favorável
Regulamentado	Coletivo por adesão	Desfavorável	Favorável	Favorável
Regulamentado	Individual ou familiar	Desfavorável	Favorável	Favorável

Fonte: Elaboração própria

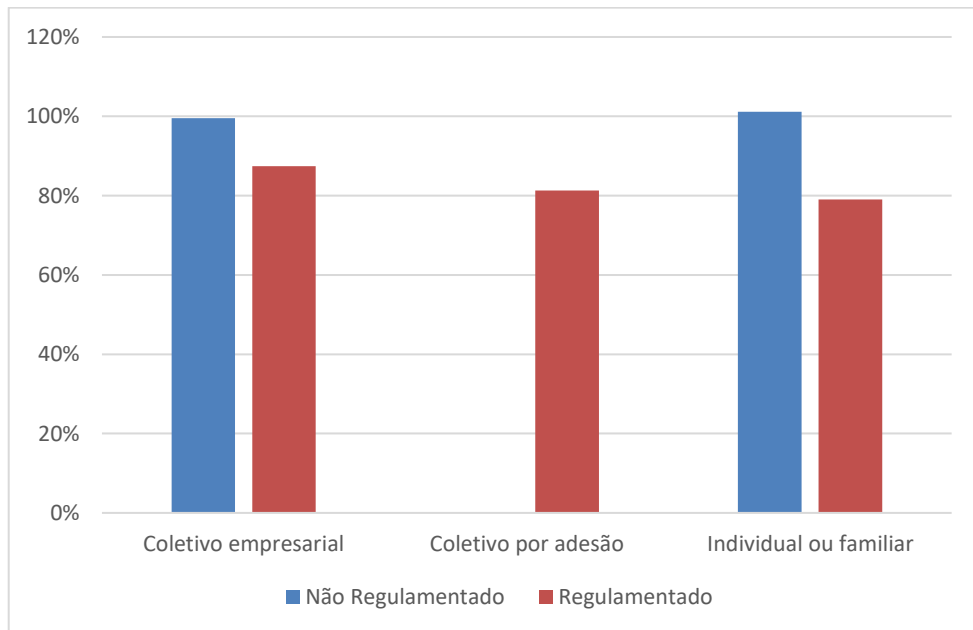
Outro ponto importante é a sinistralidade, apresentado nos Gráfico 5 a Gráfico 7, que evolui ao se levar em conta toda a vigência do contrato. Para o cenário 1 (VCMH), ela aumentou para todos os tipos de plano – em comparação com a sinistralidade apresentada no tópico 3.1 – o que já era esperado devido às despesas estarem crescendo mais do que as receitas para todos eles. Para o cenário 2 (IPCA Saúde), temos uma sinistralidade menor para todos os contratos, exceto para o coletivo empresarial não regulamentado, que possuía um cenário desfavorável. Para o cenário 3, a sinistralidade diminuiu para todos os planos.

Gráfico 5: Sinistralidade da Carteira no Cenário 1 (VCMH)



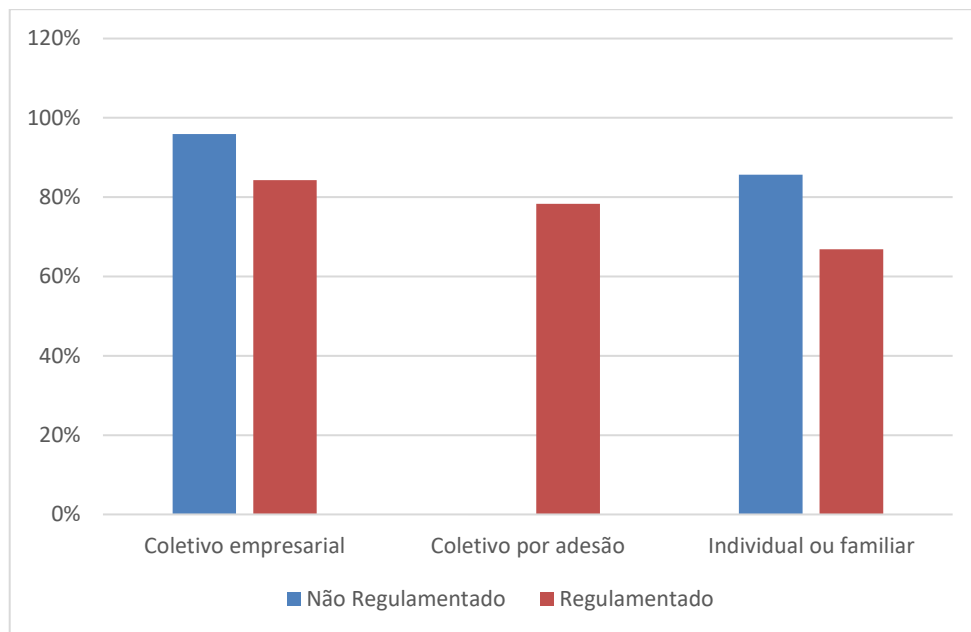
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 6: Sinistralidade da Carteira no Cenário 2 (IPCA Saúde)



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 7: Sinistralidade da Carteira no Cenário 3 (IPCA Inflação Geral)



Fonte: Elaboração própria

Devido ao sigilo dos dados da OPS estudada, o resultado será restrito no que tange a apresentação de informações, onde temos, na Tabela 4, o resultado parcial (por tipo de plano) e o resultado final. A primeira análise é de que o resultado está diretamente relacionado a sinistralidade, ou seja, todos os cenários que possuíam sinistralidade inferior a 86,5% (100% - 13,5% de despesas não assistenciais) tiveram resultado fora de um ambiente de perda. Isso acontece para o cenário 2 (IPCA Saúde) e para o cenário 3 (IPCA Inflação Geral). Sendo assim, caso sejam esses o índice de reajustes que mais se adequa à realidade da operadora, teríamos uma carteira rentável, com saldo suficiente para cumprir com os compromissos futuros firmados. Já para o cenário 1, temos uma carteira que se encontra em um ambiente de perda, e seria necessário ter provisões técnicas adequadas e suficiente para cobri-las.

No Brasil, as operadoras de planos de saúde operam de acordo com o Regime Financeiro de Repartição Simples, no qual as mensalidades de todos os beneficiários são destinadas ao pagamento das despesas despendidas por aqueles que utilizaram o plano no mesmo período, havendo o mutualismo entre todos (MATA, 2011). Dessa forma, não existe formação de reserva matemática para os planos, e as únicas provisões adequadas para cobrir as perdas estimadas seriam as provisões de eventos futuros: Provisão para Prêmios/Contraprestações não Ganhas (PPCNG), Provisão

para Remissão, e a Provisão para insuficiência de contraprestação/prêmio (PIC), quando possuir.

Tabela 4: Resultado dos contratos em milhões R\$.

Status de Regulamentação	Tipo de Plano	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Não Regulamentado	Coletivo empresarial	- R\$0,36	- R\$0,25	- R\$0,18
Não Regulamentado	Individual/familiar	- R\$375,12	- R\$120,78	R\$14,22
Regulamentado	Coletivo empresarial	- R\$12,29	- R\$0,30	R\$7,61
Regulamentado	Coletivo por adesão	R\$2,31	R\$9,00	R\$13,41
Regulamentado	Individual/ familiar	- R\$900,14	R\$508,25	R\$1.254,61
Total		- R\$1.285,60	R\$395,92	R\$1.289,67

Fonte: Elaboração própria

Para chegarmos ao resultado do TAP, precisamos decidir qual dos três cenários reflete melhor a realidade dos custos da carteira analisada. Para isso, calculamos a evolução das despesas já observadas da operadora – da mesma forma como chegamos aos índices de reajustes de receitas – entre os anos de 2016 e 2019. O índice que mais se aproxima do praticado foi o IPCA saúde que se refere ao cenário 2.

Como o cenário 2 não se encontra em um ambiente de perda, pode-se afirmar que o passivo se encontra adequado às necessidades de cobertura dos contratos de responsabilidade da OPS na data base.

6. Teste de Sensibilidade

Para verificar o impacto da alteração da premissa de despesas não assistenciais no resultado final do TAP, realizamos o teste de sensibilidade considerando dois cenários otimistas – diminuindo o percentual de despesas não assistenciais – e dois cenários pessimistas – aumentando o percentual dessas

despesas. Varia-se a taxa em -30% a 30,0% por duas vezes, e calcula-se o TAP com a nova premissa, gerando assim novos resultados, como pode ser visto na tabela a seguir.

Tabela 5: Teste de Sensibilidade da Premissa % Despesa não Assistencial

	Variação Teste	% Despesas não Assistenciais	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Otimista	-30%	9%	-R\$12,73	R\$8,58	R\$19,90
	-30%	6%	-R\$10,23	R\$11,07	R\$22,39
Pessimista	+30%	16%	-R\$19,85	R\$1,46	R\$12,78
	+30%	21%	-R\$24,47	-R\$3,17	R\$8,15

Fonte: Elaboração própria

Com isso, pode-se observar como se comportaria o TAP caso ocorressem mudanças nas taxas de despesas assistenciais. Para o cenário 1 (VCMH), permaneceríamos em um ambiente de perdas, independente de um cenário mais otimista ou não, ou seja, ainda seria necessário provisões técnicas para cobrir as perdas. Para o cenário 2 (IPCA Saúde), teríamos um resultado diferente ao estar em um cenário em que as despesas aumentaram em 30% duas vezes; já para o cenário 3 (IPCA Inflação Geral), permaneceríamos fora de um ambiente de perdas independente do cenário.

Para a nossa carteira, o cenário 2 (IPCA Saúde) foi o que mais se adequou. Sendo assim, para um cenário pessimistas de aumento de 30% duas vezes, precisaríamos ter provisões adequadas suficientes para que o passivo se encontre adequado às necessidades de cobertura dos contratos da OPS.

O teste de sensibilidade pode ser aplicado para qualquer uma das outras premissas, e deve ser realizado sempre que achar necessário, principalmente nas situações em que a premissa não está bem definida. A ANS ainda não incluiu testes de sensibilidade nas exigências, mas acreditamos ser um dos próximos passos da regulamentação.

7. Conclusão

Após a análise dos resultados, temos por meio do TAP, que a OPS em estudo está apta a cumprir com as obrigações decorrentes dos contratos vigentes na data base analisada. Entretanto, é preciso que a operadora realize o teste regularmente, para acompanhar as mudanças relacionadas à carteira vigente e às premissas atuariais. De início, a ANS determinou a periodicidade de um ano para realização do teste, mas a tendência é que, como ocorre para as seguradoras regulamentadas pela SUSEP, a periodicidade seja estendida.

A ANS define as instruções básicas para realização do TAP e que, atuando sozinhas e sem uma experiência técnica, não são suficientes para elaboração do teste. Sendo assim, este trabalho cumpre seu objetivo, uma vez que apresenta uma metodologia que obedece ao regulamento da agência, bem como incorpora a utilização de premissas essenciais para elaboração do TAP, servindo com uma guia a ser utilizado pelas OPS no Brasil.

Naturalmente, a condução do TAP deve ser realizada por profissional capacitado, uma vez que a consideração e avaliação das premissas sugeridas neste trabalho, para realização do teste, podem variar de acordo com a interpretação do atuário responsável. Apesar da limitação de alguns dados da operadora, nos preocupamos em indicar o que precisa ser considerado para definir premissas que representem, da melhor maneira possível, a realidade da OPS. Logo, a inclusão de novas premissas, ou mesmo ajustes nas premissas aqui propostas, devem ser avaliadas no momento de realização do TAP, bem como recomenda-se a realização de testes de sensibilidade e de aderência para utilização das hipóteses atuariais de forma adequada.

Por fim, esperamos ter simplificado a elaboração do TAP e ter contribuído para o estudo da solvência das operadoras que optarem por ele. Em posse dessa proposta metodológica, fica em aberto para novos estudos, aplicá-la para operadoras com ofertas e/ou premissas diferentes. Outra sugestão, seria realizar o teste levando em conta a segmentação assistencial, ou seja, a composição das coberturas do referido plano.

8. Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 435, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2018. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY0Mg==> > Acesso em: 10 nov. 2020

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANEXO I DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 435, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2018. Disponível em: <http://ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap12/minuta_capitulo_I.pdf > Acesso em: 10 nov. 2020.

QUESTIONÁRIO SOBRE A REALIZAÇÃO DO TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: RELATÓRIO. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvenca/relatorio_questionario_tap.pdf > Acesso em: 10 nov. 2020.

JÚNIOR MACIEL, J. N. O TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVO (TAP) DA SAÚDE SUPLEMENTAR E A NECESSIDADE DE AJUSTE EXPONENCIAL/POLINOMIAL. Publicado em 16 de agosto de 2017. Disponível em: < <https://www.linkedin.com/pulse/o-teste-de-adequa%C3%A7%C3%A3o-passivo-tap-da-sa%C3%BAde-suplementar-maciel-junior/> > Acesso em: 10 nov. 2020.

JÚNIOR MACIEL, J. N. TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVO (TAP) – ASPECTOS TÉCNICOS, CENÁRIOS, DESAFIOS E UM EXEMPLO HIPOTÉTICO. Publicado em 24 de outubro de 2019. Disponível em: < <https://www.linkedin.com/pulse/teste-de-adequa%C3%A7%C3%A3o-passivo-tap-aspectos-t%C3%A9cnicos-e-um-maciel-junior/> > Acesso em: 10 nov. 2020.

SILVA, ANA GABRIELA FARIA DA; GAVA, VITOR SPISSO. METODOLOGIA DE CÁLCULO PARA TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVOS PARA SEGUROS DE AUTOMÓVEIS. RIO DE JANEIRO, 12.03.2013. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO

DE JANEIRO. Disponível em: < <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/4770> >
Acessado em: 20 nov. 2021.

CARTILHA 10 FENASAÚDE - SOLVÊNCIA NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: < <http://fenasaude.org.br/publicacoes/solvencia-no-mercado-de-saude-suplementar.html> > Acesso em: 20 nov. 2020.

ESTRUTURA A TERMO DAS TAXAS DE JUROS ESTIMADA E INFLAÇÃO IMPLÍCITA – METODOLOGIA. Disponível em: < https://www.anbima.com.br/data/files/18/42/65/50/4169E510222775E5A8A80AC2/est-termo_metodologia.pdf > Acesso em: 20 nov. 2020

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - NOTA TÉCNICA Nº 3/2017/DIOPE Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp68/cp68_nota3_2017.pdf > Acesso em: 16 dez. 2020

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - NOTA TÉCNICA Nº 1/2018/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_tecnica_contabil/2018_ctc_reuniao_4_exposicao_motivos.pdf > Acesso em: 10 jan. 2020

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - IEES. VCMH 20 - BASE SET/2019. Disponível em: < <https://www.iess.org.br/cms/rep/vcmh-set-2019.pdf> >. Acesso em: 10 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: DADOS E INDICADORES DO SETOR. SALA DE SITUAÇÃO. Disponível em: < <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> >. Acessado em: 10 mar. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: ANS TABNET INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def >. Acessado em: 10 mar. 2021.

MATA, BEATRIZ RESENDE RIOS: IMPACTO FINANCEIRO DE 2010 A 2030 DO ENVELHECIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS EM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO. BELO HORIZONTE, MG UFMG / CEDEPLAR 2011. Disponível em: < https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/AMSA-8SLLF8/1/beatriz_resende_rios_da_mata_2011.pdf > Acessado em: 10 mar. 2021.

CARVALHO, BRUNO DOMINGUES RAMOS DE E CARVALHO, JOÃO VINÍCIUS DE FRANÇA. UMA ABORDAGEM ESTOCÁSTICA PARA A MENSURAÇÃO DA INCERTEZA DAS PROVISÕES TÉCNICAS DE SINISTROS. REV. CONTAB. FINANÇ. [ONLINE]. 2019, VOL.30, N.81. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-70772019000300409&script=sci_arttext&tlng=pt > Acessado em: 13 mar. 2021.