



FIPECAFI
Cultura Contábil, Atuarial e Financeira

R. MAESTRO CARDIM, 1170
Bela Vista - São Paulo/SP
C E P 0 1 3 2 3 - 0 0 1
w w w . f i p e c a f i . o r g

11.2184.2000

ANÁLISE CRÍTICA DO MODELO DE *VALUE CAP* COMO
METODOLOGIA DE REAJUSTE DOS CONTRATOS DE PLANOS DE
SAÚDE INDIVIDUAIS NO BRASIL

São Paulo
Novembro de 2018

SUMÁRIO

I. Introdução	2
II. Tendências de gastos em saúde e efeitos sobre a formação de prêmios	4
III. Considerações sobre a proposta atual de reajuste de planos individuais - Value-Cap ...	14
III.1 Variação de Despesas Assistenciais (VDA)	15
Base conceitual das Provisões atuariais	24
III.2 Variação de Faixa Etária (VFE)	31
III.3 Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência (FGE)	37
IV. Regulação por registro de informações	39
V. Considerações Finais	41

I. Introdução

1. Este estudo versa sobre os reajustes de planos de saúde individuais conforme discussão feita no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As referências do estudo são os documentos oficiais sobre o tema que subsidiaram a Audiência Pública 13 - Audiência Pública acerca da proposta de Resolução Normativa que estabelece critérios para cálculo e aplicação do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais/familiares, além de publicações normativas e acadêmicas sobre a experiência nacional e internacional.
2. O objetivo do estudo é contribuir com a discussão para o melhor encaminhamento do tema no âmbito dos órgãos competentes brasileiros sob as premissas de que: i) existe um consenso a respeito da mudança do modelo atual e que ii) há um direcionamento para que o novo modelo utilize bases informacionais confiáveis e transparentes. O estudo mantém, entretanto, a perspectiva de que é necessário o desenvolvimento de uma metodologia amparada em conceitos e características do mercado brasileiro, de forma a estabelecer uma política de reajuste justa e sustentável. Nesse sentido, existem claros indicativos de que serão necessários avanços na análise de informações já existentes e exigidas pela ANS, de modo que qualquer outra opção, incluindo a pautada pela Audiência Pública nº 13, continuará criando incentivos distorcidos no mercado.
3. Os prêmios (ou mensalidades ou contraprestações) dos planos de saúde são definidos como o parâmetro contratual no qual a operadora oferece a cobertura de uma cesta de benefícios de saúde que pode ser consumida em caso de necessidade, por um período de tempo limitado, usualmente um ano. Contratos de plano de saúde com

prêmios pré-definidos durante um extenso período de tempo não são usuais em função da significativa incerteza sobre a evolução dos custos para tratamento de problemas de saúde e sobre a evolução do *pool* de risco ao qual o indivíduo se associou.

4. No Brasil e em outras experiências internacionais, as agências e órgãos reguladores do mercado privado de planos de saúde de contratação individual limitam o uso de atributos de risco individuais, incluindo de condições de saúde pré-existentes, para fixar o prêmio. Além disso, esses contratos possuem dispositivo de garantia de renovação, que mantêm a proibição de reclassificação de risco e torna, na prática, a tarefa de repactuar anualmente o compartilhamento de risco entre o *pool* de beneficiários mais desafiadora.
5. Independentemente das motivações desses dispositivos, eles abrem a oportunidade para movimentos anti-seletivos no mercado, movimentos que não podem ser ignorados pelo regulador e que podem culminar, inclusive, na possibilidade de sub-provisão de seguro (Handel, Hendel and Whinston, 2015; Patel and Pauly, 2002¹). Espera-se que a existência de limites para a discriminação do prêmio de risco individual imponha um subsídio cruzado *ex-ante* ao curso do contrato e explícito entre indivíduos de um mesmo *pool*, sem prejuízo da expectativa de sustentabilidade desse grupo. Do contrário não seria viável a oferta de tais produtos.
6. A coordenação desse conjunto de elementos enseja a necessidade de regulação ativa dos reajustes anuais dos planos individuais. A premissa desse estudo é de que os reajustes devem preservar o equilíbrio financeiro das carteiras e o acesso dos consumidores conforme evolução do *pool* de risco e não conforme a evolução do risco individual. Entende-se por equilíbrio financeiro a manutenção da margem de solvência da operadora e por *pool* de risco um agregado de indivíduos que adquiriram produtos que se assemelham quanto às dimensões quantidade² e qualidade³ da cobertura adquirida. Reajustes não devem, nesse sentido, comprometer as diretrizes regulatórias de limitação da discriminação de risco individual, além de garantir a manutenção da cobertura de procedimentos, constantemente em revisão devido aos avanços tecnológicos do setor.
7. Custos altos e crescentes no setor de saúde não são exclusividade brasileira. Esse fenômeno tem ganhado atenção em diversos países, que registram um *gap* significativo entre ganhos reais de renda e variação do gasto com saúde.

¹ Handel, B., I. Hendel; M. Whinston (2015), Equilibria in Health Exchanges: Adverse Selection vs. Reclassification Risk, *Econometrica* 83: 1261-1313. Patel V, Pauly MV. Guaranteed renewability and the problem of risk variation in individual health insurance markets. *Health Aff (Millwood)*. 2002 Jul-Dec;Suppl. Web Exclusives:W280-9.

² A dimensão *quantidade* se refere à segmentação do plano e a intensidade dos mecanismos de coparticipação presentes no contrato.

³ A dimensão *qualidade* se refere à mecanismos de acesso, amplitude e tipo de rede de atendimento.

8. A capacidade de financiamento da cobertura através de planos privados de saúde tem sido colocada em cheque diante da evolução dos custos e gerado demanda, por parte da sociedade, de respostas regulatórias que possam promover alternativas de forma a conter essa escalada de custos. É imprescindível reconhecer que a mudança de paradigma do modelo de atenção *fee for service* exigirá uma repactuação dos contratos com prestadores e com consumidores. Consumidores que desejarem manter a cobertura de planos de saúde amplos pactuados em uma base de menor gerenciamento do cuidado, terão seus prêmios evoluindo em um patamar possivelmente superior aos que aceitam contratos com maiores mecanismos de controle. Essa dinâmica é a melhor sinalização que o órgão regulador pode oferecer para a sociedade, na medida em que não chancela a promoção de subsídios cruzados entre produtos com incentivos diferentes.
9. Uma das fontes de grande pressão no sentido de motivar a adoção de alternativas de modelos que forcem a contenção de custos é a regulação dos reajustes anuais dos contratos de planos de saúde. Esses reajustes, no Brasil, tem o teto definido anualmente pela ANS, conforme os percentuais praticados pelos planos de adesão coletiva com mais de 30 vidas. Nos últimos anos, entretanto, essa metodologia tem sido objeto de projetos de revisão, culminando no questionamento, por parte de Tribunal de Contas da União (TCU), da fidedignidade dos dados até então utilizados e na determinação que se reavalie a metodologia atualmente utilizada.
10. Enfatiza o TCU: *“9.2. recomendar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que avalie a conveniência e a oportunidade de passar a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior, como a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente demandados pelos beneficiários e os valores pagos aos prestadores de serviços”*.
11. Este estudo se divide em mais 3 seções, além desta. Na seção II são apresentados conceitos sobre tendências de custos em saúde, especialmente a mensuração de tendências de gastos numa carteira de planos de saúde. Na seção III são discutidos os componentes do modelo *value-cap*, incluindo reflexões sobre as fragilidades e a pertinência do método. Por fim, na seção IV são pontuados brevemente os aspectos das principais diretrizes dos relatórios requeridos nos Estados Unidos para a revisão de prêmios, para onde acreditamos que a regulação deveria seguir.

II. Tendências de gastos em saúde e efeitos sobre a formação de prêmios

12. Custos de saúde têm sido um tópico popular tanto na academia como no mercado, em função da sua trajetória crescente e consequente pressões orçamentárias sobre firmas

e famílias. Algumas distinções conceituais, entretanto, são necessárias para a compreensão do fenômeno. A expressão “custos” é, de certa maneira, ambígua por poder significar o *custo* de uma unidade de serviço, o *preço* de um serviço ou ainda o *custo ou o preço* de todos os serviços que um indivíduo ou um país usam anualmente. Dado que a frequência de utilização não é estática ao longo do tempo, uma forma alternativa de se compreender o fenômeno é a apresentação dos gastos, que combinam unidades de custo e taxas de uso de forma agregada ou ainda por componentes, tais como internações e outros serviços.

13. No Brasil, a parcela do PIB gasta com saúde é de cerca de 9% do PIB⁴, segundo o Banco Mundial. Em linhas gerais, todo esse gasto por ser decomposto em pelo menos 3 grupos: gastos *governamentais*, gastos *out-of-pocket* e gastos por meio de *cobertura de planos de saúde*. Gastos governamentais estruturam-se em dois pilares: aqueles destinados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), conjuntamente às ações de prevenção e aqueles destinados a renúncia fiscal. Os gastos *out-of-pocket*, por sua vez são todos os dispêndios diretos efetuados pelas famílias, excetuando-se aqueles destinados a mensalidade do plano de saúde e a dedução fiscal. Se uma família, por exemplo, dispense recursos diretamente para utilizar um serviço de saúde, esse serviço pode ser deduzido do imposto de renda. Os gastos por intermédio de cobertura de plano de saúde, por sua vez, correspondem aos dispêndios efetuados por famílias e empresas a fim de obter cobertura. Uma parte desse dispêndio é objeto de dedução fiscal, de forma que é contabilizado no dispêndio governamental.
14. Mas seria a trajetória dos gastos em saúde sinônimo das tendências de prêmios de planos de saúde? A resposta é **não**, uma vez que, embora sejam conceitos relacionados, não definem o mesmo fenômeno. As tendências de prêmios são afetadas por outros fatores, especialmente no curto prazo, de forma que os gastos constituem um dos grandes *drivers* dos prêmios, mas não são, efetivamente, sinônimos.
15. Conceitualmente, os prêmios de planos de saúde podem ser separados em quatro componentes: (i) gastos esperados dos benefícios de saúde cobertos pelos contratos emitidos, (ii) custos administrativos da operação, uma margem de lucro, além de uma miscelânea de fatores como resposta a ganhos ou perdas anteriores, (iii) estratégias de concorrência, investimentos em tecnologias de gerenciamento e (iv) coordenação de risco, proteção contra riscos de incerteza criados por um ambiente regulatório em mudança e outros associados ao ciclo de subscrição.
16. Os gastos esperados dos benefícios de saúde equivalem ao produto entre o preço unitário de um serviço de saúde (uma hospitalização ou exame, por exemplo) ou de

⁴Fonte: Banco Mundial, dados referentes ao ano de 2015, disponível em:
<https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=BR&view=chart>

itens de consumo (como medicamentos) pela frequência de utilização. Esses gastos representam a maior parcela dos prêmios pactuados no mercado⁵.

17. Os preços unitários dos bens e serviços de saúde são resultado do processo de negociação entre a operadora de saúde, provedores e distribuidores de insumos. Os preços referentes aos provedores tendem a apresentar maior variabilidade entre regiões do país que os insumos, em função da possibilidade local do exercício de barganha. Evidências estadunidenses levantam a possibilidade de que grandes provedores, com peso de marca, alavancam preços durante o processo de negociação sem evidência de maior agregação de resultados em saúde (*Office of Attorney General Martha Coakley*, 2010). É imprescindível, nesse sentido, o reconhecimento de que o componente local da oferta é fator determinante para a evolução dos custos ao longo do tempo. Sem esse reconhecimento, corre-se o risco de promover desigualdades regionais sem qualquer justificativa plausível.
18. Quando o contrato possui mecanismos de divisão de custos com consumidores (franquia e coparticipação são os exemplos mais frequentes), os gastos esperados pela operadora excluem a fração que é despendida diretamente pelos consumidores. Ao longo do tempo, entretanto, se o arranjo de divisão de custos com consumidores é alterado ou mesmo se a fração sob responsabilidade do consumidor não acompanha a evolução dos gastos esperados, os gastos com benefícios podem sofrer variação exclusivamente por meio dessa mudança de divisão de custos.
19. A base de gasto PMPM, que consiste simplesmente na divisão do agregado de gastos assistenciais sobre o número pessoas expostas (beneficiários que não estejam em período de carência), ilustra o comportamento da despesa assistencial per capita. Esse indicador costuma ser útil para relatórios financeiros de um plano ou de um grupo de planos de uma operadora que possa ser agregado por similaridades quanto ao desenho do produto. Tanto o prêmio inicial dos contratos, como a tendência de variação do gasto PMPM podem, entre diferentes planos, variar substancialmente dependendo de fatores como o (i) estado de saúde relativo dos entrantes no *pool* e dos já segurados e (ii) diferenças de cobertura dos planos, incluindo mecanismos de coparticipação e franquia, diferenças no uso de modelos de atenção gerenciada, diferenças geográficas, redes credenciadas e modelos de pagamento dos prestadores. Qualquer agregação na base PMPM que não segmente de maneira adequada os diferentes perfis de cobertura dos planos pode resultar em uma análise em que não é possível identificar se a evolução do custo PMPM se deu em função da mudança de portfólio de planos ou em função do efetivo aumento dos custos. Posto de outra maneira: variações dos custos podem ocorrer em função da mudança do perfil de risco da carteira. A mudança de portfólio

⁵Embora a ANS não dedique uma nota metodológica sobre as contas contábeis utilizadas na apuração do índice de sinistralidade, o *Caderno de Informação da Saúde Suplementar* de julho de 2017 reporta um indicador denominado *taxa de sinistralidade*, que variou, entre 2015 e 2017, de 80 e 90%, dependendo da modalidade da operadora.

tem sido mencionada como *downgrade/upgrade* de planos e ilustra o poder de distorção da estatística agregada.

20. Os incentivos contidos em cada desenho de produto são identificados como uma das grandes janelas de contenção da escalada de gastos no setor de saúde. Na experiência americana, em meio a uma vertiginosa escalada de gastos, durante as décadas de 70 e 80, emergiu o “*managed care*”, que se expandiu inicialmente através das *Health Maintenance Organizations* (HMO). Esses modelos, que inicialmente nem eram considerados um seguro, mas sim um cuidado de saúde pré-pago, isto é, uma forma de acessar e financiar serviços de saúde ao invés de proteção pura contra perdas financeiras, foram compreendidos como uma alternativa que refletia a visão de que pagamentos efetuados pela terceira parte (agente segurador), numa base *fee-for-service* transmitia aos provedores incentivos para aumentar a utilização. Nessa época, o crescimento das HMOs testemunhou o crescimento de outro tipo de plano com cuidado gerenciado, as *Preferred Provider Organizations* (PPOs) que começaram com a oferta de descontos nas taxas de copagamento, quando beneficiários utilizavam redes pré-indicadas. Durante a década de 1990, houve a consolidação do modelo geral de “*managed care*” em contraponto ao seguro tradicional de reembolso, criando novas forças no sistema: HMOs atingindo 29% de *market share* e PPOs 39%. A despeito do encolhimento posterior e da criação do *Affordable Care Act*, a revolução promovida pelo modelo de cuidado das HMOs estabeleceu novos paradigmas no modelo de atenção americano, de tal maneira que a expressão “*Managed Care Organization*” passou a ser amplamente utilizada em vários planos, refletindo os elementos organizacionais dos princípios de gerenciamento. Não reconhecer a heterogeneidade dos produtos de saúde, aplicando-se reajustes uniformes implica em não incentivar produtos com modelo de atenção contenedores de gastos, promovendo um subsídio cruzado entre diferentes desenhos de plano. Em outras palavras: essa alternativa *não incentiva adequadamente a criação de produtos* que possibilitem a operadora gerenciar os riscos com mais intensidade, *criando um incentivo às avessas aos modelos de maior contenção de custos*.
21. O processo de formação dos preços de um produto deve, portanto, considerar a combinação da frequência e da severidade (em termos monetários) dos episódios de saúde esperados para aquele produto e aquele *pool* de risco.
22. Para que se tenha o adequado dimensionamento do preço atuarialmente justo a ser cobrado por uma operadora, é impreterível que se estude empiricamente a variável aleatória que computa o sinistro agregado⁶. Esta, por sua vez, possui duas dimensões fundamentais: a *frequência* em que ocorrem os sinistros e a *severidade* (mensurada em

⁶ Note que o termo “agregado” utilizado amplamente na literatura atuarial não implica que uma seguradora deva misturar a severidade de todos os produtos em uma única variável aleatória. O desejável seria a estimação de uma distribuição de probabilidades de sinistro agregado para cada *pool* de riscos. O termo “agregado” se refere ao fato de que os prêmios atuarialmente justos são estimados considerando todos os clientes concomitantes, de modo a respeitar os benefícios do mutualismo da atividade securitária.

unidades monetárias) de cada sinistro. Assim, é possível representá-la da seguinte forma:

$$S = \begin{cases} 0, & \text{para } N = 0 \\ \sum_{i=1}^N X_i, & \text{para } N > 0 \end{cases}$$

em que:

S = variável aleatória que mensura o sinistro agregado (expressa em unidades monetárias);

N = variável aleatória que mensura a frequência de sinistros;

X = variável aleatória que mensura a severidade para cada i-ésimo sinistro (expressa em unidades monetárias).

23. A variável aleatória que captura o sinistro agregado pode ser interpretada como uma soma aleatória de variáveis aleatórias. Logo, para que ocorra o correto dimensionamento de S, faz-se necessário o estudo prévio de N e X, de maneira segmentada. Dado que a estimação de S pode ser uma tarefa de grande complexidade, é usual fazer hipóteses assentadas em experiências passadas. Dentre as hipóteses possíveis, encontram-se:
- A função massa de probabilidade de N é conhecida;
 - A função densidade de probabilidade de X é conhecida;
 - A função densidade de probabilidade de X é identicamente distribuída para cada sinistro e invariante no tempo, isto é, para dois eventos segurados diferentes, assume-se que ambos estão sujeitos sob a mesma lei de probabilidades;
 - As variáveis aleatórias N e X são independentes, isto é, o número de sinistros a ocorrer independente da severidade;
 - A severidade de um sinistro independe da severidade de outro sinistro.
24. Entretanto, nem todas essas hipóteses necessariamente precisam ser respeitadas. Existem modelos mais sofisticados que buscam encontrar relações de dependência entre as variáveis aleatórias, com o uso de cópulas, por exemplo. É importante ressaltar, contudo, que estes modelos clássicos partem de experiências passadas para a estimação do prêmio, de modo que outros modelos (como da estatística bayesiana) podem ser alternativas de mensuração. É igualmente comum o uso de técnicas de *fitting* de distribuições de probabilidade, tais como os métodos de mínimos quadrados ordinários e máxima verossimilhança para se estimar o comportamento de N e X. Não obstante, técnicas de reamostragem com reposição, como o *bootstrapping*, também são largamente empregadas para que se estime empiricamente as variáveis aleatórias que buscam capturar a frequência dos sinistros e suas severidades (respectivamente N e X).
25. A partir deste item, será ilustrado um breve exemplo que mostrará o impacto que a adoção de prêmios não atuarialmente justos trará a uma operadora. Admita que a variável aleatória que captura o sinistro agregado possua a seguinte função densidade de probabilidade mostrada na Figura 1.



Figura 1: Exemplo de uma função densidade de probabilidade de S.

26. O prêmio estatístico agregado (PE_{Ag}) a ser cobrado dos clientes, com vistas a respeitar o prêmio atuarialmente justo, deve ser igual à esperança do sinistro agregado ($E[S]$), tal como ilustrado pela reta vermelha na Figura 2.

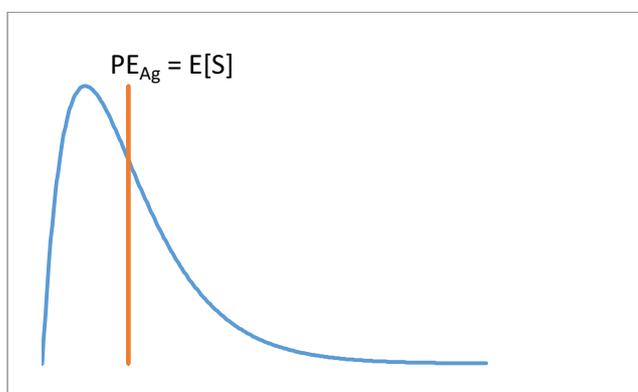


Figura 2: O prêmio estatístico agregado e sua relação com a função densidade de probabilidade de S.

27. O uso da esperança matemática de S para se chegar ao prêmio atuarialmente justo a ser cobrado é o princípio de tarifação de todo e qualquer contrato securitário. Entretanto, precificar tendo como base unicamente a esperança é algo perigoso, na medida em que pode levar a insolvência de uma operadora. Assim, é usual cobrar uma taxa θ que cubra um determinado fator da variância de S, obtendo assim o prêmio puro agregado (PP_{Ag}). Neste exemplo, o prêmio puro agregado foi calculado de modo a garantir que em somente 15% dos cenários possíveis, o sinistro agregado superará o mesmo. Tal fato se encontra ilustrado por meio da reta verde na Figura 3.

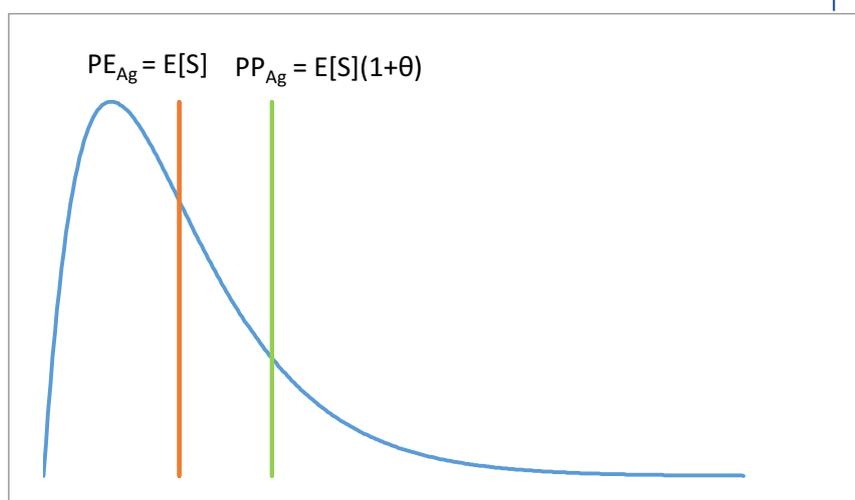


Figura 3: O prêmio puro agregado e sua relação com a função densidade de probabilidade de S.

28. O prêmio puro agregado cobrado pela operadora neste caso garante que somente em 15% dos cenários possíveis, o sinistro agregado superará esse limiar. Logo, a probabilidade de os sinistros superarem os prêmios ainda é de 15%, um valor demasiadamente alto para se tolerar. Contudo, se aumentarmos o PP_{Ag} , o produto ficará demasiadamente caro para os clientes, de modo que o mercado para o mesmo pode desaparecer. Assim sendo, é necessário que a entidade mantenha uma margem de solvência no patrimônio líquido (U), que denota um capital adicional baseado em risco a que a entidade está exposta de modo a garantir que a soma de $PP_{Ag} + U$ possua uma probabilidade muito pequena de ser superada. Esta probabilidade é denominada probabilidade de ruína. Assim sendo, se a entidade mantiver em seu patrimônio líquido uma quantidade monetária de U, somente haverá uma pequena probabilidade de o sinistro agregado superar esse limiar. Essa técnica é engenhosa, na medida em que o risco de subscrição dos riscos é compartilhado entre os segurados (por meio do PP_{Ag}) e a operadora (por meio de U). A Figura 4, por meio da reta roxa, denota o total de PP_{Ag} mais U que se deve ter para que a probabilidade de ruína seja de apenas 1%.

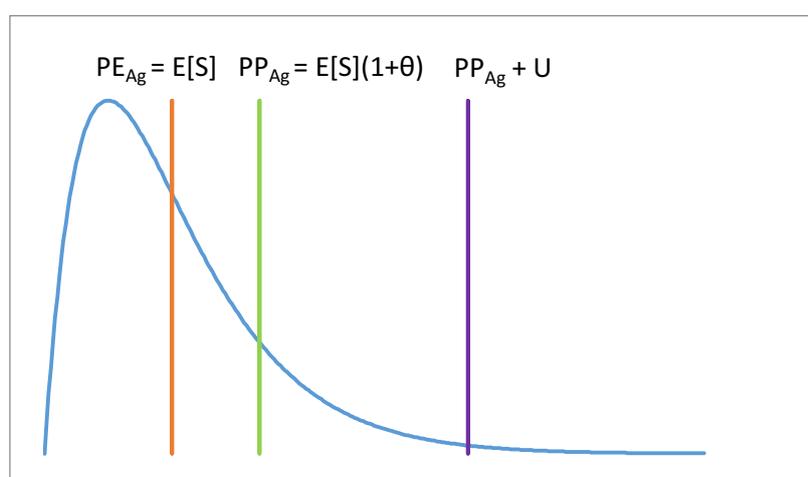


Figura 4: A margem de solvência (U) e sua relação com a função densidade de probabilidade de S.

29. Até o último item, a variável aleatória que captura o sinistro agregado estava fixada em um dado instante de tempo, isto é $t = 1$. Para este período, suponha que foram obtidos os seguintes valores de PE_{Ag} , PP_{Ag} , $PP_{Ag} + U$ e U (em unidades monetárias):

Tabela 1: PE_{Ag} , PP_{Ag} , $PP_{Ag} + U$ e U em $t = 1$.

PE_{Ag}	7.600,00
PP_{Ag} (15% de probabilidade de ruína)	14.917,23
$PP_{Ag} + U$ (99% de probabilidade de ruína)	39.233,82
U (99% de probabilidade de ruína)	24.316,62

Fonte: elaborado pelos autores.

30. *Caeteris paribus*, suponha que devido ao aumento dos custos médico-hospitalares, em $t = 2$, a variável aleatória que captura o sinistro agregado passe a ter apresentado os seguintes dados:

Tabela 2: PE_{Ag} , PP_{Ag} , $PP_{Ag} + U$ e U em $t = 1$.

PE_{Ag}	9.000,00
PP_{Ag} (15% de probabilidade de ruína)	17.358,35
$PP_{Ag} + U$ (99% de probabilidade de ruína)	43.722,71
U (99% de probabilidade de ruína)	26.364,35

Fonte: elaborado pelos autores.

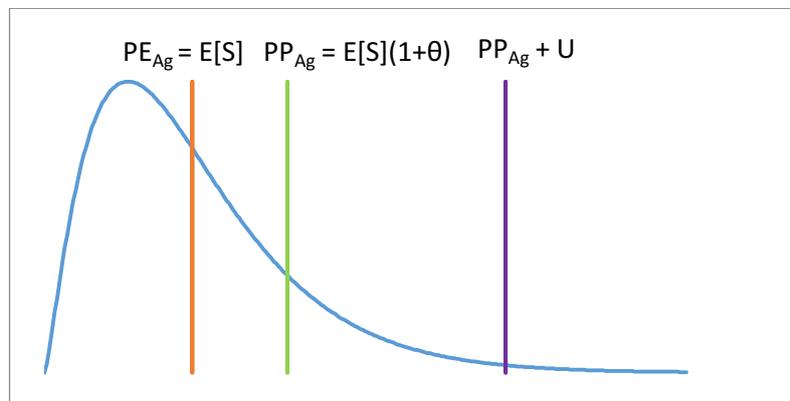


Figura 5: Função densidade de probabilidade de S em $t = 2$.

31. Como se nota pelo item anterior, devido ao aumento do custo médico-hospitalar entre $t = 1$ e $t = 2$, um reajuste do PP_{Ag} deve necessariamente ser aplicado aos consumidores para que se mantenham as mesmas probabilidades de ruína definidas anteriormente. Neste caso, o reajuste do PP_{Ag} deveria ser tal que:

$$\text{Variação } PP_{Ag} = \frac{(17.358,35 - 14.917,23)}{14.917,23} = 16,36\%$$

32. Por hipótese, será assumido que o ajuste autorizado pela ANS será de apenas 8,00%. Neste caso, o PP_{Ag} Autorizado passa a ser de:

$$PP_{Ag} \text{ Autorizado} = 14.917,23(1 + 8\%) = 16.110,61 \text{ unidades monetárias}$$

33. Como se verifica, nesta situação hipotética, o PP_{Ag} Autorizado é de 16.110,61 unidades monetárias, quando deveria ser de 17.358,35 unidades monetárias. A partir deste exemplo, em que se há maior necessidade de recursos, nos próximos itens serão propostas algumas alternativas metodológicas para se avaliar a situação de solvência da operadora, utilizando os resultados previamente obtidos como o cenário-base.
34. A primeira alternativa envolve um aumento necessário da margem de capital U para que a probabilidade de ruína se mantenha de 1%. Se o PPAg adotado fosse de 17.358,35 unidades monetárias, o U deveria ser de 26.364,35 unidades monetárias para que a probabilidade de ruína se mantivesse 1%. Entretanto, como o PPAg autorizado foi de 16.110,61 unidades monetárias, o novo U deve ser de 27.612,10 unidades monetárias com vistas a manter a probabilidade de ruína. Essa primeira alternativa possui a vantagem de manter a probabilidade de ruína estável. Contudo, ela onera os sócios (ou quotistas) da firma, na medida em que estes deverão fazer um novo aporte de capital ou uma maior parcela do lucro (ou superávit) deverá ser retida. Este fenômeno acaba por afastar potenciais investidores.
35. A segunda alternativa consiste em manter o valor de U originalmente calculado, isto é, considera-se que o U será de apenas 16.110,61 unidades monetárias, conforme elucidado pela tabela 2. Esta alternativa, diferentemente da apresentada no item anterior, não onera os sócios (ou quotistas) da firma. Contudo, como o PPAg autorizado é menor do que o PP que deveria ser empregado, essa técnica faz com que a probabilidade de ruína aumente. Neste exemplo ilustrativo, a probabilidade de ruína passou a ser de 1,14%.
36. Uma terceira alternativa envolveria fazer com que os novos entrantes compensassem esse desajuste. Assuma que existiam 100 segurados. Se 25 segurados mudassem, isto é, saíssem 25 e entrassem outros 25, para garantir que o PPAg fosse de 17.358,35, seria necessário cobrar um prêmio puro para cada novo cliente de 211,02 unidades monetárias, superior a quantidade de 161,11 unidades monetárias a ser paga pelos antigos clientes (limitado pelo ajuste de prêmio puro autorizado pela ANS). Note que:

$$\begin{aligned} PP \text{ Individual autorizado pela ANS} &= \frac{16.110,61}{1000} \\ &= 161,11 \text{ unidades monetárias} \end{aligned}$$

Assim:

$$161,11 * 75 + 211,02 * 25 = 17.358,35 \text{ unidades monetárias}$$

Nesta alternativa, para compensar o ajuste pactuado pela ANS inferior ao necessário, os novos clientes teriam de pagar prêmios mais elevados do que os participantes antigos, configurando a ausência de justiça atuarial entre os indivíduos da carteira.

37. Em todas as situações (cenário-base e as três alternativas), é de suma importância salientar que se supôs que a variável aleatória de frequência (N) tenha se mantido constante durante o período. Logo, este estudo foi conservador no sentido de admitir que não haja qualquer tendência (de crescimento ou diminuição) do uso de serviços

médico-hospitalares. Na prática, esta variável aleatória poderia não ser estacionária, impactando o comportamento do sinistro agregado.

38. Percebe-se que o efeito observado em apenas a mudança de um único período já é demasiadamente relevante. Se forem acumulados os efeitos em $t \geq 3$, percebe-se que o uso de uma taxa inadequada para o reajuste dos prêmios pode ser danoso para a atividade de uma operadora de plano de saúde, tendo em vista que pode resultar em necessidade de aumento de capital (e, portanto, levando à perda de competitividade por parte da operadora), ou a possibilidade de lidar com uma probabilidade de ruína maior ou até mesmo a cobrança injusta de prêmios maiores aos novos entrantes.
39. A margem de solvência (ou capital adicional baseado em risco), U , a rigor, deve ser composta por parcelas de capital referentes a todos os riscos a que a operadora está exposta. Dentre esses riscos, estão não somente aqueles relacionados diretamente aos processos de subscrição, mas também a outros diversos outros choques que podem afetar diretamente seu desempenho econômico. Desta maneira, o montante U pode ser decomposto em parcelas de risco de subscrição, de mercado, de crédito e operacional.
40. Entende-se por *risco de subscrição*, a fixação de prêmios de modo que estes sejam insuficientes para cobrir os sinistros em um dado intervalo de tempo. O estabelecimento dos prêmios de acordo com o risco de grupo de beneficiários é, portanto, instrumento determinante para evitar problemas potenciais de insolvência. Quando os contratos possuem cláusula de garantia de renovação automática, o reajuste anual passa a ser o novo instrumento de fixação dos prêmios, de modo que seu correto dimensionamento é instrumento peremptório para garantir a solvência da entidade securitária.
41. Por sua vez, o *risco de mercado* decorre de variações de preços e taxas que podem impactar negativamente a solvência de uma seguradora. Se determinados ativos garantidores das provisões técnicas estiverem atrelados cambialmente, por exemplo, uma variação adversa da taxa pode impactar a continuidade das operações da entidade.
42. Já o *risco de crédito* diz respeito à probabilidade de uma contraparte vir a inadimplir ou de recebíveis serem desvalorizados em razão da deterioração na classificação de risco de crédito da contraparte.
43. Finalmente, os demais riscos que não estão classificados em uma das categorias anteriormente explicitadas, enquadram-se como *risco operacional*. Esse tipo de risco engloba falhas de processos internos, incluindo erros causados por ação humana, deliberada ou *não*.
44. *Diante de todos os problemas que o descompasso entre o nível de preços repactuados e os dispêndios esperados de uma carteira podem ensejar*, na próxima seção serão abordados os itens específicos da metodologia proposta pela ANS e as possíveis implicações que podem trazer desequilíbrio financeiro, ameaçando a sustentabilidade econômico-financeira da atividade securitária das operadoras de planos de saúde.

III. Considerações sobre a proposta atual de reajuste de planos individuais - Value-Cap

45. A proposta atual de reajuste anual, denominada pela ANS de *Value-Cap* Ponderado está detalhada nos seguintes documentos: NOTA TÉCNICA NO.27/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, NOTA TÉCNICA NO.29/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO e na Minuta de Norma apresentada na 494ª Reunião da Diretoria Colegiada da ANS. Foram apresentados e disponibilizados também os documentos: Relatório de Análise de Impacto Regulatório Complementar e EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS nº 1/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO.

46. Segundo os documentos disponibilizados, o modelo proposto poderia ser expresso pela seguinte equação:

$$IRPI = 80\% IVDA + 20\% * IPCAExp$$

em que:

IRPI = Índice de Reajuste dos Planos Individuais;

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

IPCA Exp. = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo 62 - Serviços de Saúde.

47. Argumenta a ANS que os custos operacionais de uma operadora podem ser divididos entre assistenciais e não assistenciais e que, em média, oitenta por cento das despesas das operadoras são assistenciais. Essa premissa, associada ao parâmetro de regulação americano da *Medical Loss Ratio* (MLR), sustentaria a ponderação 80/20.

48. A medida de *Medical Loss Ratio* (MLR), utilizada pela legislação americana como parâmetro regulatório e citada como referência para a ponderação 80/20, é, entretanto, diferente do conceito de *Loss Ratio*, esse sim compreendido como a razão entre as despesas assistenciais e a receita de prêmios. A MLR engloba no seu numerador as despesas que adicionam valor ao produto comercializado (denominados *Quality Improvement Expenses*). Essas despesas podem contemplar desde programas de prevenção até investimentos em tecnologias para avanços do gerenciamento de risco. Existem, dessa forma, divergências entre o conceito americano e a proposta de balizamento brasileira, sem discussão conceitual e empírica de que a ponderação proposta de 80% seja suficiente para captar a dinâmica de variação do valor adicionado, em termos de saúde, ao produto.

49. As despesas não assistenciais foram mencionadas no item 3.2 da NOTA TÉCNICA nº 27/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO e são constituídas, conceitualmente, pelo grupo de contas 46 (Despesas Administrativas) e 43 (Despesas de Comercialização) do Plano de Contas atual. Para fins de cálculo do IRPI, supôs-se que essas despesas variam ano a ano segundo um índice de preços ao consumidor, hipótese fundamentada na premissa de que a evolução dessas despesas é meramente nominal.

50. O IVDA, por sua vez, seria calculado através da seguinte combinação:

$$IVDA = \left(\frac{1+VDA}{1+VFE} - 1 \right) - FGE,$$

em que:

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

VFE = Variação da Receita por Reajuste Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência.

51. Embora sejam convincentes os argumentos de que o método proposto possui amplas limitações, incluindo a falta de apelo conceitual, cabe discutir, nesse estudo, de que forma essa medida poderia ser modificada de forma a ser utilizada como uma regra de transição temporária. Nesse sentido, discute-se, separadamente o VDA, o VFE e o FGE.

III.1 Variação de Despesas Assistenciais (VDA)

52. Segundo a Nota Técnica nº 29, a VDA seria calculada considerando-se a média ponderada da variação das despesas das operadoras:

$$\bar{x}_{ponderada} = \sum_{i=1}^N \left(VDA_{iT} \frac{Beneficiários_{iT}}{\sum_{i=1}^N Beneficiários_{iT}} \right)$$

em que:

VDA_{iT} = Variação da Despesa Assistencial da Operadora i no ano T em relação ao ano $T-1$;

$Beneficiários_{iT}$ = Média de Beneficiários (vínculos ativos) da Operadora i no ano T ;

N = Total de Operadoras.

A VDA da operadora, por sua vez, seria computada:

$$VDA = \frac{DMH_T}{DMH_{T-1}} - 1$$

em que:

DMH_T = Despesa médico-hospitalar per capita em um período de 12 meses do ano T de uma determinada operadora;

DMH_{T-1} = Despesa médico-hospitalar per capita em um período de 12 meses do ano $T-1$ de uma determinada operadora.

E a DMH:

$$DMH = \frac{Despesa\ Médico - Hospitalar}{Beneficiários}$$

em que:

Despesa Médico-Hospitalar = Total da Despesa Médico-Hospitalar acumulada em 12 meses de determinada operadora. Segundo a Nota Técnica NO. 29, a totalização das despesas médico-hospitalares (numerador da DMH) será feita pelas contas contábeis referentes a contratos individuais da subconta 411111: 41111102 - Cobertura Assistencial com Preço pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares depois da Lei;

41111107 - Cobertura Assistencial com Preço pré-estabelecido: Sistema Único de Saúde – SUS; 41111109 - Cobertura Assistencial com Preço pré-estabelecido: Eventos - outras formas de pagamento;

Beneficiários = Média mensal de vínculos ativos ao longo do mesmo período, da mesma operadora.

53. Diversos aspectos merecem avaliação na proposta da ANS, com destaque para: utilização de uma média ponderada do mercado, não consideração de beneficiários expostos, contas referentes ao VDA com dedução de coparticipação e não consideração de nenhuma variação de provisões referentes a sinistros.
54. A proposta da ANS é de que os beneficiários sejam considerados independentemente do risco de exposição. Segundo a Nota Técnica nº 29, o total de beneficiários será apurado pelo Sistema de Informações de Beneficiários computando-se uma média da informação mensal durante o ano, sem que haja a distinção entre beneficiários em período de carência e os demais. O principal argumento para essa opção metodológica são as dificuldades operacionais e a conclusão, pelas informações do Sistema de Informação de Produtos (SIP) de que a evolução dos expostos é acompanhada pela evolução dos beneficiários. Existe, entretanto, em base de informações divulgada pela ANS, os dados de cancelamento e adesão a novos produtos, de modo que essa informação é obtida mensalmente na Sala de Situação, Caderno 2.0. Tendo em vista que só no mês de agosto de 2018 mais de 306 mil novas adesões foram observadas, a taxa anual de renovação de contratos deve exceder 25%, o que significa que, a depender da estratégia da operadora, pode haver uma oscilação significativa de beneficiários expostos de um ano para o outro.
55. A ANS, em sua proposta, está utilizando as contas 41111102 - Cobertura Assistencial com Preço pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares depois da Lei, 41111107 - Cobertura Assistencial com Preço pré-estabelecido: Sistema Único de Saúde – SUS e 41111109 - Cobertura Assistencial com Preço pré-estabelecido: Eventos - outras formas de pagamento. A coparticipação só está claramente deduzida da conta 41111102, conforme plano de contas. Contudo, nem a conta 41111107 nem a conta 41111109 contemplam as dissociações entre planos individuais/familiares e planos coletivos. Isso faz com que haja distorções no índice por mistura de planos não similares.
56. A dedução da coparticipação é fundamental sob a perspectiva de que o índice de reajuste deve ser capaz de manter o equilíbrio entre prêmios e despesas do pool de risco. A coparticipação, nesse sentido, pode ser um mecanismo de compensação desse equilíbrio não apenas no momento de adesão ao plano, mas também durante o curso do contrato. Os contratos com coparticipações nominais (ou seja, não percentuais em relação ao sinistro), por exemplo, podem sofrer efeitos de alavancagem, que ocorre quando há um processo inflacionário dos sinistros (severidade), mas não dos montantes de coparticipação, elevando a fração de despesas desembolsada diretamente pela operadora em uma velocidade mais elevada do que o próprio aumento do sinistro. A perspectiva de que a evolução dos sinistros é sensível ao *pool* de risco, ao momento de

tempo e ao desenho do contrato é premissa para um desenho justo do reajuste, uma vez que há livre movimentação de beneficiários e livre oferta de novos produtos.

57. É importante ressaltar que franquias dedutíveis e coparticipações (nominais ou como percentuais) não são fontes de receita das operadoras. Elas constituem apenas mecanismos de evitar sobreutilizações desnecessárias por parte do beneficiário (ao lhe atribuir responsabilidades de financiamento) e, operacionalmente, abatimentos dos dispêndios efetivos incorridos pelas operadoras de planos de saúde.
58. Ocorre que o reajuste, da forma como proposto atualmente, engloba diferentes linhas de produto em uma só experiência e é feito na base retrospectiva. Qualquer violação dessas premissas propaga distorções, como será demonstrado a seguir. Sem perda de generalidade, admita-se por hipótese a existência de dois tipos de planos para uma operadora, a saber: (a) amplo, como uma *proxy* da modalidade individual/familiar com baixa coparticipação e (b) restrito, como *proxy* da modalidade individual/familiar com alta coparticipação.

Assim, o sinistro total (ST) no período t será dado por:

$$ST_t = \varphi_{at}DA_{at} + \varphi_{bt}DA_{bt}, \quad (1)$$

em que:

φ_{kt} representa a participação da k -ésima modalidade de plano no portfólio da operadora no instante de tempo t , com as restrições $\varphi_{kt} \geq 0$ e $\sum_{k=a}^b \varphi_{kt} = 1, \forall t \geq 1$;

DA_{kt} denota o valor monetário das despesas assistenciais da k -ésima modalidade de plano incorridas pela operadora no instante de tempo t , com a restrição $DA_{kt} \geq 0$.

Tomando a variação intertemporal dos sinistros totais entre dois instantes de tempo adjacentes, e utilizando a decomposição de Kitagawa (1955), tem-se que:

$$\Delta ST = ST_{t+1} - ST_t = \varphi_{at+1}DA_{at+1} + \varphi_{bt+1}DA_{bt+1} - (\varphi_{at}DA_{at} + \varphi_{bt}DA_{bt}) = \quad (2)$$

$$\frac{\varphi_{at+1}DA_{at+1}}{\varphi_{at+1} + \varphi_{bt+1}} + \frac{\varphi_{bt+1}DA_{bt+1}}{\varphi_{at+1} + \varphi_{bt+1}} - \left[\frac{\varphi_{at}DA_{at}}{\varphi_{at} + \varphi_{bt}} + \frac{\varphi_{bt}DA_{bt}}{\varphi_{at} + \varphi_{bt}} \right] \quad (3)$$

$$\begin{aligned}
 \Delta ST &= \frac{\frac{\varphi_{at+1}}{\varphi_{at+1} + \varphi_{bt+1}} + \frac{\varphi_{at}}{\varphi_{at} + \varphi_{bt}}}{2} (DA_{at+1} - DA_{at}) \\
 &+ \frac{\frac{\varphi_{bt+1}}{\varphi_{at+1} + \varphi_{bt+1}} + \frac{\varphi_{bt}}{\varphi_{at} + \varphi_{bt}}}{2} (DA_{bt+1} - DA_{bt}) \\
 &+ \frac{DA_{at+1} - DA_{at}}{2} \left(\frac{\varphi_{at+1}}{\varphi_{at+1} + \varphi_{bt+1}} - \frac{\varphi_{at}}{\varphi_{at} + \varphi_{bt}} \right) \\
 &+ \frac{DA_{bt+1} - DA_{bt}}{2} \left(\frac{\varphi_{bt+1}}{\varphi_{at+1} + \varphi_{bt+1}} \right. \\
 &\quad \left. - \frac{\varphi_{bt}}{\varphi_{at} + \varphi_{bt}} \right) \quad (4)
 \end{aligned}$$

Mas como $\sum_{k=a}^b \varphi_{kt} = \sum_{k=a}^b \varphi_{kt+1} = 1$, então a Equação 4 pode ser reescrita como:

$$\begin{aligned}
 \Delta ST &= \frac{\varphi_{at+1} + \varphi_{at}}{2} (DA_{at+1} - DA_{at}) + \frac{\varphi_{bt+1} + \varphi_{bt}}{2} (DA_{bt+1} - DA_{bt}) \\
 &+ \frac{DA_{at+1} - DA_{at}}{2} (\varphi_{at+1} - \varphi_{at}) \\
 &+ \frac{DA_{bt+1} - DA_{bt}}{2} (\varphi_{bt+1} \\
 &\quad - \varphi_{bt}) \quad (5)
 \end{aligned}$$

Ou ainda de uma maneira mais sintética:

$$\begin{aligned}
 \Delta ST &= \sum_{k=a}^b \frac{\varphi_{kt+1} + \varphi_{kt}}{2} (DA_{kt+1} - DA_{kt}) \\
 &+ \sum_{k=a}^b \frac{DA_{kt+1} + DA_{kt}}{2} (\varphi_{kt+1} - \varphi_{kt}) \quad (6)
 \end{aligned}$$

A Equação 6 evidencia que a variação do sinistro total entre dois períodos consecutivos pode ser decomposta em duas parcelas. A primeira parcela expressa a mudança de nível dos gastos. Por sua vez, a segunda parcela mostra o efeito da mudança de composição da importância relativa de cada tipo de plano dentro da operadora. Isso é importante na medida em que se não houvesse mudança da composição do portfólio de planos, a variação da despesa captaria integralmente a mudança da estrutura de custos. Todavia, uma parte desta variação poderia ser explicada pela transformação do perfil do portfólio e não pelo verdadeiro comportamento de variação de despesas. Em outras palavras: a medida atual do VDA não permite dissociar o efeito de nível do efeito de composição.

Essa é uma distorção que o VDA da maneira que ele está posto (misturando produtos heterogêneos como se iguais fossem) não é capaz de captar, criando injustiças no sistema.

Como a Equação 6 fornece a variação de gastos expressa em unidades monetárias, convém relativizar (a fim de tornar a medida adimensional) sobre o sinistro total do primeiro período t , tornando-a uma proxy da decomposição do reajuste a ser aplicado:

$$= \frac{\sum_{k=a}^b \frac{\varphi_{kt+1} + \varphi_{kt}}{2} (DA_{kt+1} - DA_{kt}) + \sum_{k=a}^b \frac{DA_{kt+1} + DA_{kt}}{2} (\varphi_{kt+1} - \varphi_{kt})}{\varphi_{at} DA_{at} + \varphi_{bt} DA_{bt}} \quad (7)$$

59. Na sequência serão ilustradas situações que exemplificam numericamente as distorções apresentadas algebricamente no item anterior.

Sejam dois períodos de tempo, T1 e T2, e sejam duas linhas de produto: plano amplo com coparticipação média de 10% e plano controlado com coparticipação média de 30%. Ambos planos possuem sinistros (despesas assistenciais) esperados de \$100 em T1. Em T2, é esperado um aumento de sinistro de 10% para ambos produtos. Se o portfólio de planos da operadora não muda em T2, observamos que, em termos de taxa, não existe diferença entre a adoção da despesa bruta ou líquida (Tabela 3)

Tabela 3 – Primeira situação: manutenção do portfólio de planos e manutenção da mesma taxa de variação do sinistro esperado.

T1	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	100	0,1	90
plano controlado	0,3	100	0,3	70
portfólio inteiro	1	100		84
T2	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	110	0,1	99
plano controlado	0,3	110	0,3	77
portfólio inteiro	1	110		92,4
Variações	sinistro bruto do plano	sinistro líquido do plano	Efeito Nível (Líquido)	Efeito Composição (Líquido)
plano amplo	10,00%	10,00%	10,00%	0,00%
plano restrito	10,00%	10,00%		
portfólio inteiro	10,00%	10,00%		

Fonte: elaborado pelos autores.

Existem, entretanto, três possibilidades de variação em T2 do cenário apresentado pela Tabela 3. Primeiro, o portfólio de planos da operadora é alterado. Segundo, a taxa de variação esperada dos sinistros brutos não é a mesma para os dois tipos de planos. Por fim, em terceiro, podem ocorrer ambas as situações. Quando o portfólio de plano é alterado, há duas possibilidades: intensificação dos planos amplos (*upgrade*) ou intensificação dos planos controlados (*downgrade*). Vejamos, a seguir, exemplo de cada uma das situações.

Tabela 4 – Segunda situação: alteração do portfólio de planos com intensificação dos planos amplos (upgrade de portfólio de planos) e manutenção da mesma taxa de variação do sinistro esperado.

T1	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	100	0,1	90
plano controlado	0,3	100	0,3	70
portfólio inteiro	1	100		84
T2	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,9	110	0,1	99
plano controlado	0,1	110	0,3	77
portfólio inteiro	1	110		96,8
Variações	sinistro bruto	sinistro líquido	Efeito Nível (Líquido)	Efeito Composição (Líquido)
plano amplo	10,00%	10,00%	10,24%	5,00%
plano controlado	10,00%	10,00%		
portfólio inteiro	10,00%	15,24%		

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 5 – Terceira situação: alteração do portfólio de planos com intensificação dos planos controlados (*downgrade* de portfólio de planos) e manutenção da mesma taxa de variação do sinistro esperado.

T1	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	100	0,1	90
plano controlado	0,3	100	0,3	70
portfólio inteiro	1	100		84
T2	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,5	110	0,1	99
plano controlado	0,5	110	0,3	77
portfólio inteiro	1	110		88
Variações	sinistro bruto	sinistro líquido	Efeito Nível (Líquido)	Efeito Composição (Líquido)
plano amplo	10,00%	10,00%	9,76%	-5,00%
plano controlado	10,00%	10,00%		
portfólio inteiro	10,00%	4,76%		

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 6 – Quarta situação: manutenção do portfólio de planos com crescimento dos sinistros esperados para planos amplos maior que para planos controlados.

T1	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	100	0,1	90
plano controlado	0,3	100	0,3	70
portfólio inteiro	1	100		84
T2	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	115	0,1	103,5
plano controlado	0,3	110	0,3	77
portfólio inteiro	1	113,5		95,55
Variações	sinistro bruto	sinistro líquido	Efeito Nível (Líquido)	Efeito Composição (Líquido)
plano amplo	15,00%	15,00%	13,75%	0,00%
plano controlado	10,00%	10,00%		
portfólio inteiro	13,50%	13,75%		

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 7 – Quinta situação: manutenção do portfólio de planos com crescimento dos sinistros esperados para planos controlados maior que para planos amplos.

T1	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	100	0,1	90
plano controlado	0,3	100	0,3	70
portfólio inteiro	1	100		84
T2	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	110	0,1	99
plano controlado	0,3	115	0,3	80,5
portfólio inteiro	1	111,5		93,45
Variações	sinistro bruto	sinistro líquido	Efeito Nível (Líquido)	Efeito Composição (Líquido)
plano amplo	10,00%	10,00%	11,25%	0,00%
plano controlado	15,00%	15,00%		
portfólio inteiro	11,50%	11,25%		

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 8 – Sexta situação: *downgrade* do portfólio de planos com crescimento dos sinistros esperados para planos amplos maior que para planos controlados.

T1	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,7	100	0,1	90
plano controlado	0,3	100	0,3	70
portfólio inteiro	1	100		84
T2	participação do plano no portfólio da operadora	sinistro médio bruto (por plano)	taxa de coparticipação do plano	sinistro médio líquido (por plano)
plano amplo	0,5	115	0,1	103,5
plano controlado	0,5	110	0,3	77
portfólio inteiro	1	112,5		90,25
Variações	sinistro bruto	sinistro líquido	Efeito Nível (Líquido)	Efeito Composição (Líquido)
plano amplo	15,00%	15,00%	12,98%	-5,54%
plano controlado	10,00%	10,00%		
portfólio inteiro	12,50%	7,44%		

Fonte: elaborado pelos autores.

60. As Tabelas 4 e 5 explicitam as situações com mudança de composição dos portfólios. Nesses casos, o sinistro líquido não é suficiente para mensurar a verdadeira mudança de nível dos gastos. A decomposição dos efeitos, entretanto, só poderia ser calculada caso se conhecessem as participações de cada tipo de plano no portfólio da carteira, do contrário, o valor aproximado do efeito nível é o sinistro bruto. A diferença entre o efeito nível e o percentual mensurando pelo sinistro bruto reside no fato de a decomposição adotar como referência a média das composições em dois instantes de tempo para separar os efeitos. Nas Tabelas 6 e 7, não existe efeito composição e o efeito nível é completamente refletido no sinistro líquido, muito próximo ao efeito mensurado pelo sinistro bruto. Nessas situações, embora os planos variem de forma diferenciada, o reajuste seria único, e dado pela média ponderada da carteira.

61. Tomando-se como evidência que o mercado tem feito esforços no sentido de intensificar a oferta de produtos verticalizados e com dispositivos de contenção de custos, uma situação próxima da atualidade do mercado brasileiro se configura, possivelmente, como a 6 (Tabela 8): *downgrade* de portfólio de produtos e evolução dos gastos de forma diferenciada entre os tipos de planos. Embora não exista evidência empírica de que a evolução dos gastos seja diferenciada entre os planos no cenário brasileiro de hoje, essa hipótese pode ser amparada por evidências da literatura que mostraram migração seletiva de perfis de risco (relativamente menores) para produtos com maior controle de utilização.

62. Como a medida do VDA é feita na base retrospectiva e os prêmios serão reajustados *ex-post*, o reajuste líquido será insuficiente para cobrir a variação dos sinistros, a não ser que a composição do portfólio se mantenha por todos os períodos subsequentes, hipótese não factível, uma vez que existe um limite natural para a intensificação dos planos restritos no portfólio.
63. Todos os exemplos ilustrados pelas Tabelas 3 a 8 variaram o portfólio do produto na dimensão quantidade. Se houver variação da dimensão qualidade, referindo-se aos mecanismos de acesso, amplitude, localidade e tipo de rede de atendimento, essa dimensão alterará o valor do sinistro bruto, e, nesse caso, seria necessária a repetição do exercício de decomposição considerando-se o sinistro bruto e não o líquido. Os efeitos só poderiam ser calculados se fossem conhecidas as participações de cada “plano” no portfólio da operadora e os respectivos sinistros esperados. Uma sugestão de acompanhamento de portfólio poderia ser feita a partir de segmentação por faixas de *ticket* de prêmio, desde que prêmio não guardem grandes distorções com o sinistro esperado.
64. O reajuste único e retrospectivo resulta, dessa forma, no estabelecimento de um subsídio cruzado entre planos de diferentes desenhos, criando um incentivo às avessas, pois, do ponto de vista da oferta, é mais vantajosa a intensificação de planos amplos no seu portfólio. Ademais, o reajuste único a nível nacional expõe as operadoras individualmente as condições de mercado fora de sua área de atuação, sem nenhum resguardo de apropriação de ganhos de eficiência individuais.
65. A nossa proposta **transitória** para o cálculo da VDA é:

$$VDA_{i,t} = \frac{\frac{DA_t + \Delta PEONA_{t-1,t}^*}{Expostos_t}}{\frac{DA_{t-1} + \Delta PEONA_{t-2,t-1}^*}{Expostos_{t-1}}}$$

em que:

DA_t representa as despesas assistenciais no t -ésimo instante de tempo;

$\Delta PEONA_{i,j}^*$ denota a variação da provisão de eventos ocorridos e não avisados adaptada entre os períodos i e j , com $j - i = 1$, e;

$Expostos_t$ é o total de beneficiários que já cumpriram o período de carência.

66. Argumenta a ANS sobre não adotar a PEONA que:
- Como essa provisão não está discriminada por época e forma de contratação, não seria razoável criar uma obrigação adicional para o mercado de separação dessa provisão.
 - Como a exigência de constituição integral da PEONA é recente (o prazo final esgotou-se em 2014), não estaria a tendência histórica suficientemente consistente ainda.
 - Há uma discussão da ANS sobre a criação da PEONA SUS e ser constituída de forma linear entre 2019 e 2022, o que, segundo a ANS, inflaria artificialmente o índice.

- iv) Existiria discricionariedade por parte da operadora quanto a adoção da metodologia de cálculo da PEONA. Discricionariedade que poderia afetar o índice de reajuste, permitindo ao mercado influir no cálculo por meio de critérios subjetivos.
- v) *“o índice a ser calculado busca recompor despesas efetivamente realizados pela operadora junto à sua rede prestadora, ao passo que a variação da PEONA representa uma variação da previsão de custos futuros e não despesas efetivamente realizadas”.*

BASE CONCEITUAL DAS PROVISÕES ATUARIAIS

67. Antes da discussão sobre as provisões técnicas aplicadas especificamente no contexto das operadoras de planos de saúde e sua implicação no cálculo do VDA, é imprescindível que sejam feitas algumas definições de acordo com as práticas contábeis adotadas internacionalmente e seguidas em cenário nacional.
68. Nesse âmbito, como aproximação das melhores práticas contábeis vigentes e visando a adotar metodologias adotadas por instituições de reputação, esta seção concentra esforços na abordagem dos procedimentos contábeis preconizados pelo CPC (Comitê de Pronunciamentos Contábeis).
69. O CPC foi idealizado em 2005 a partir da união de esforços das seguintes entidades:
- Associação Brasileira das Companhias Abertas (ABRASCA);
 - Associação dos Analistas e Profissionais de Investimento do Mercado de Capitais (APIMEC);
 - B3 (Brasil Bolsa Balcão), antiga BM&F Bovespa;
 - Conselho Federal de Contabilidade (CFC);
 - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Contábeis e Atuariais (FIPECAFI);
 - Instituto dos Auditores Independentes do Brasil (IBRACON).
70. Adicionalmente, o objetivo da fundação do CPC está assentado sob três grandes pilares (CPC, 2018):
- Convergência internacional das normas contábeis;
 - Centralização na emissão de pronunciamentos técnicos dessa natureza;
 - Representação e processos democráticos na produção desses pronunciamentos.
71. Além dos idealizadores já mencionados, passaram a ser convidados membros dos seguintes órgãos para as sessões técnicas:
- Banco Central do Brasil (BACEN);
 - Comissão de Valores Mobiliários (CVM);
 - Secretaria da Receita Federal (SRF);
 - Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).
72. Dessa maneira, nota-se que o CPC é o órgão brasileiro responsável pela convergência às normas internacionais de contabilidade preconizadas pelo *International Accounting*

Standards Board (IASB) por meio das *International Financial Reporting Standards* (IFRS) e das IAS (*International Accounting Standards*).

73. Os pronunciamentos produzidos, além de convergirem às normas internacionais, estão assentados sob os mais diversos pilares, isto é, há participação incisiva dos órgãos reguladores do governo, companhias abertas, analistas, auditores, contadores e a própria academia. Este caráter altamente democrático traz grande credibilidade aos pronunciamentos técnicos, dado que o CPC está assentado sob instituições de ilibada reputação e que representam setores diversificados, tanto técnicos como da economia. Nesse âmbito, este estudo utiliza os dispositivos divulgados pelo CPC como aproximação das melhores práticas contábeis possíveis.
74. No tocante especificamente à ANS, vários pronunciamentos emitidos pelo CPC são aprovados pela agência reguladora, de modo que as entidades sob supervisão da mesma são obrigadas a segui-los. Cabe, portanto a descrição de alguns conceitos basilares.
75. O Pronunciamento Técnico CPC 25, intitulado de “Provisões, Passivos Contingentes e Ativos Contingentes”, correlato ao IAS 37, e adotado pela ANS através do item 9.23.7 do Anexo 1 da Resolução Normativa – RN nº 322, de 27 de março de 2013⁷, da ANS, dispõe sobre a definição basilar do conceito de provisões.
76. De acordo com o item 10 do CPC 25, uma “**Provisão é um passivo de prazo ou de valor incertos (grifo nosso)**”⁸. Como se verifica, uma provisão é um passivo, e, portanto, deve necessariamente possuir todos os atributos, sem exceção, que definem um passivo.
77. O próprio CPC 25 explana que um “**Passivo é uma obrigação presente da entidade, derivada de eventos já ocorridos, cuja liquidação se espera que resulte em saída de recursos da entidade capazes de gerar benefícios econômicos (grifo nosso)**”.
78. Assim sendo, pode-se dizer que uma provisão deve, invariavelmente, apresentar as seguintes características:
- Ser uma obrigação presente da entidade que deriva de eventos ocorridos no passado;
 - A liquidação da mesma conduzirá a uma saída de recursos da entidade capaz de gerar benefícios econômicos;
 - Seu prazo e/ou montante são incertos.
79. Ressalta-se que a obrigação presente não precisa ser necessariamente formalizada. O item 10 do CPC 25 também realça que um “**Evento que cria obrigação é um evento que cria uma obrigação legal ou não formalizada que faça com que a entidade não tenha alternativa realista senão liquidar essa obrigação**”.

⁷ O item 9.23.7 do Anexo 1 da Resolução 322/13 da ANS dispõe especificamente este fato através da seguinte redação: “no que não contrariem esta norma, aplicam-se integralmente as disposições e os critérios, estabelecidos no Pronunciamento CPC 25, emitido pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis”.

⁸ O item 9.23.1 do Anexo 1 da Resolução 322/13 da ANS também cita explicitamente esse ponto.

80. No que diz respeito à obrigação legal, o CPC assinala que esta deriva por meio de contratos (utilizando termos explícitos ou implícitos), legislação ou outra ação de lei⁹.
81. A obrigação não formalizada seria *“uma obrigação que decorre das ações da entidade em que:*
- *Por via de padrão estabelecido de práticas passadas, de políticas publicadas ou de declaração atual suficientemente específica, a entidade tenha indicado a outras partes que aceitará certas responsabilidades; e*
 - *Em consequência, a entidade cria uma expectativa válida nessas outras partes de que cumprirá com essas responsabilidades”*.
82. Independente da obrigação ser formalizada ou não, esta obrigação deve ser presente e resultante de eventos passados. Essa distinção é importante, pois uma provisão não deve ser confundida, sob hipótese alguma, com o conceito de reservas. Esta última nasce da destinação de lucro ou do aporte de capital dos sócios e sequer é uma conta de passivo, sendo contabilizada no patrimônio líquido. Neste sentido, uma reserva de contingências, por exemplo, poderia ser uma destinação do lucro para prevenir a entidade contra obrigações futuras, que ainda não se materializaram.
83. Devido ao caráter de incerteza do prazo e/ou montantes, uma provisão só deve reconhecida se puder ser feita uma estimativa confiável do valor da obrigação. No tocante aos critérios de reconhecimento de uma provisão, o item 14 do CPC 25 relata que *“uma provisão deve ser reconhecida quando:*
- *a entidade tem uma obrigação presente (legal ou não formalizada) como resultado de evento passado;*
 - *seja provável que será necessária uma saída de recursos que incorporam benefícios econômicos para liquidar a obrigação; e*
 - *possa ser feita uma estimativa confiável do valor da obrigação”*.
84. O CPC 25 incisivamente, explica que *“se essas condições não forem satisfeitas, nenhuma provisão deve ser reconhecida”*. A visão normativa do conceito geral de provisões também se encontra em consonância com os ditames da teoria da contabilidade. De acordo com Ludícibus (2008)¹⁰, um passivo (exigibilidade) pode ser expressa do seguinte modo:
- *“As exigibilidades deveriam referir-se a fatos já ocorridos (transações ou eventos), normalmente a serem pagas em um momento específico futuro de tempo, podendo-se, todavia, reconhecer certas exigibilidades em situações que, pelo vulto do cometimento que podem acarretar para a entidade (mesmo que os eventos caracterizem a exigibilidade legal apenas no futuro), não podem deixar de ser contempladas. Poderiam estar incluídos nesta última categoria, digamos, o valor presente das indenizações futuras ou provisionamentos para pensão, no caso de a entidade ter obrigação por tais pagamentos futuros”;*

⁹ O item 9.23.2 do Anexo 1 da Resolução 322/13 da ANS também cita explicitamente esse ponto.

¹⁰ Citação extraída do livro de Teoria da Contabilidade. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

- “Nota-se, todavia, que, embora os fatos que provocam a exigibilidade legal se configurem às vezes no futuro, de alguma forma o fato gerador da exigibilidade está relacionado a eventos passados ou presentes, não se podendo, apenas, prever exatamente quanto e quando, **senão recorrendo a cálculos previsionais e atuariais** (grifo nosso)”;
 - “Por outro lado, se é prática comum indenizar, total ou parcialmente, terceiros por eventos que, mesmo não sendo considerados obrigações legais, de certa forma foram devidos a falhas de cumprimento de condições usuais de comércio (devoluções etc.), seria viável o provisionamento de tais encargos. Não nos podemos esquecer de que boa parte das exigibilidades está associada ao reconhecimento de despesas. Para reconhecer receita é necessário ter condições para estimar as despesas associadas, mesmo que o desembolso ocorra apenas no futuro, em um ponto indeterminado”.
85. Os conceitos adotados pelo CPC e chancelados pela ANS não divergem da literatura contábil. Entretanto, o item 5 do CPC 25 manifesta que “quando um outro pronunciamento trata de tipo específico de provisão ou de passivo ou de ativo contingente, a entidade deve aplicar esse pronunciamento em vez do presente pronunciamento. Por exemplo, certos tipos de provisões são tratados nos pronunciamentos relativos a: ... (e) contratos de seguro (ver CPC 11 – Contratos de Seguro). Contudo, este pronunciamento aplica-se a provisões e ativos contingentes de seguradora que não sejam os resultantes das suas obrigações e direitos contratuais, segundo os contratos de seguro dentro do alcance do CPC 11”. Assim sendo, apesar das definições estipuladas pelo CPC 25 estarem de acordo com as definições basilares de provisões, seu uso não se aplicaria às provisões decorrentes da atividade securitária, que estariam especificados no CPC 11.
86. Um problema ocorre quando analisamos o item 4.2 do Anexo 1 da Resolução Normativa – RN nº 322, que explicitamente expressa que “A escrituração das operações do mercado de saúde deve obedecer, no que não contrariem os dispositivos dessa instrução, às normas estabelecidas pela Resolução nº 750/93, do Conselho Federal de Contabilidade – CFC e pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC, **exceto o CPC 11 – Contratos de Seguro**, o CPC 29 – Ativo Biológico e Produto Agrícola, o CPC 34 – Exploração e Avaliação de Recursos Minerais, o CPC 35 – Demonstrações Separadas e o CPC PME – Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas (grifo nosso)”, isto é, a ANS não segue o CPC 11. Apesar situação acima relatada e por julgar que a definição de provisões do CPC 25 está de acordo com a teoria e as melhores práticas contábeis, esse estudo adotará também para as provisões técnicas da atividade securitária, por julgar que estas classes de provisões apresentam as mesmas características definidoras de qualquer outra provisão.
87. As provisões técnicas se constituem em uma classe de provisões inerentes ao desenvolvimento da atividade seguradora. No tocante especificamente às entidades de saúde suplementar, as mesmas são formalizadas e definidas de acordo com a Resolução Normativa - RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015. Em seu Artigo 3º, a referida resolução explica que as operadoras de planos de saúde (OPS) “deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes Provisões Técnicas:

I - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - PESL, referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS;

II - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, referente ao montante de eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS;

III - Provisão para Remissão, referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes;

IV - Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas - PPCNG, referente à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu; e

V – outras Provisões Técnicas, necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização (grifo nosso)”.

88. O Artigo 4º também ressalta que “as Provisões Técnicas, de que tratam os incisos II, III e V do artigo 3º, deverão ser apuradas conforme metodologia atuarial definida por atuário legalmente habilitado, em NTAP”, levando em consideração o parágrafo único que explicita que “o cálculo adequado e consistente das provisões, definidas no caput, é de responsabilidade da OPS e do atuário, devendo ser promovido os ajustes e/ou substituição da metodologia atuarial sempre que houver necessidade”.

89. Conceitualmente, as provisões técnicas requeridas atualmente pela ANS se dividem em três grandes grupos:

- **Provisões de Prêmios:** composto pela Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas e pela Provisão para Remissão;
- **Provisões de Sinistros:** composto pela Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar e pela Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados.
- **Outros Tipos de Provisões.**

90. A provisão para prêmios/contraprestações não ganhas decorre do ajuste natural da competência contábil à atividade securitária, isto é, o reconhecimento da receita de prêmios não deve ocorrer quando do recebimento em caixa dos prêmios, mas sim da prestação do serviço. Isso implica que no momento inicial, uma provisão para prêmios/contraprestações não ganhas deve ser constituída para ser consumada em receita na medida em que o tempo do contrato de seguro transcorre.

91. A provisão para remissão “somente deverá ser constituída pelas operadoras que concedam o benefício de remissão para os seus beneficiários. Entende-se por remissão, o fato dos beneficiários ficarem isentos do pagamento das contraprestações, por um prazo pré-determinado, em função da ocorrência de um evento gerador, em geral, morte, desemprego ou invalidez, conforme definido em contrato” (ANS, 2018). Logo, essa provisão é constituída para evitar problemas de solvência advindos da necessidade de indenizar clientes, sem que estes tenham obrigação contratual de efetuar pagamentos.

92. As provisões de sinistro dizem respeito às obrigações que permeiam a operação seguradora quando os segurados fazem uso dos serviços médico-hospitalares, tais como internações, consultas e exames médicos.
93. A provisão de eventos/sinistros a liquidar (PESL) está associada ao reconhecimento concomitante de uma despesa, independentemente se houve o pagamento ou não por parte da OPS. Com isso, tal provisão só é liquidada com o transcorrer dos pagamentos por parte da OPS.
94. A provisão para eventos/sinistros ocorridos e não avisados (PEONA) é elemento igualmente central quando da apuração das provisões de sinistros. Certas obrigações de uma OPS cujo evento se originou no passado, não necessariamente foram informadas. Por exemplo, um segurado pode ter sido internado sem que a OPS tenha a respectiva ciência do fato. Como a obrigação já é manifesta, tendo em vista que o cliente está na sua carteira e o evento da internação já ocorreu, a OPS deve estimar uma PEONA.
95. Em consonância com o item anterior, verifica-se que no reconhecimento da PEONA, o evento gerador da despesa contábil já ocorreu, isto é, o cliente da OPS já fez uso de algum procedimento médico-hospitalar. Logo, a variação da PEONA não deve ser descartada no cômputo do cálculo VDA.
96. Segundo a literatura atuarial, a PEONA é calculada a partir do uso de triângulos de *run-off* (ou por metodologias derivadas), que estimam o desenvolvimento dos avisos de sinistros, por período de competência do sinistro. A Tabela 9 traz um exemplo numérico.

Tabela 9 –um exemplo hipotético de triângulo de desenvolvimento de sinistros pagos acumuladamente.

Ano de Ocorrência	Ano de Aviso					
	0	1	2	3	4	5
t-5	R\$ 50.647	R\$ 13.788	R\$ 6.090	R\$ 3.868	R\$ 2.929	R\$ 684
t-4	R\$ 51.699	R\$ 13.289	R\$ 4.917	R\$ 4.541	R\$ 3.016	
t-3	R\$ 53.279	R\$ 9.899	R\$ 6.453	R\$ 5.509		
t-2	R\$ 52.653	R\$ 11.433	R\$ 6.111			
t-1	R\$ 52.950	R\$ 11.941				
T	R\$ 52.830					

Fonte: elaborado pelos autores.

A partir da Tabela 9 é possível observar que a PEONA a ser estimada considera o desenvolvimento de avisos de sinistros de diferentes períodos de competência contábil (aqueles ocorridos em cada período entre t-5 e t, porém avisados em 0 – mesmo ano – ou 1 ano depois, e assim por diante). Desse modo, se fosse adotada toda a variação da PEONA para o cálculo do VDA, misturar-se-ão no mesmo resultado de VDA despesas que correspondem a diferentes anos no qual ocorreu o fato gerador contábil. É por este

motivo que a nossa proposta envolve o uso da variação da PEONA que se refere única e exclusivamente ao desenvolvimento de sinistros do mesmo período contábil no qual se encontram as despesas assistenciais médico-hospitalares.

97. A nossa proposta transitória, conforme apresentado em itens anteriores, era tal que:

$$VDA_{i,t} = \frac{\frac{DA_t + \Delta PEONA_{t-1,t}^*}{Expostos_t}}{\frac{DA_{t-1} + \Delta PEONA_{t-2,t-1}^*}{Expostos_{t-1}}}$$

98. Note que a variação da PEONA contém um asterisco. Este asterisco denota o fato de que não se trata de toda a variação da PEONA, mas somente a variação da PEONA que se refere ao desenvolvimento de sinistros no mesmo período contábil da DA.

99. Obtendo a estimativa da PEONA*, específica dos sinistros ocorridos no período t, pelo exemplo apresentado pela Tabela 9, a variação da PEONA* seria obtida somente pelos valores estimados para o desenvolvimento de sinistros em t, tal como a Tabela 10 apresenta.

Tabela 10 – exemplo hipotético contendo a estimação do desenvolvimento de sinistros pagos em t

Ano de Ocorrência	Ano de Aviso					
	0	1	2	3	4	5
t-5	R\$ 50.647	R\$ 13.788	R\$ 6.090	R\$ 3.868	R\$ 2.929	R\$ 684
t-4	R\$ 51.699	R\$ 13.289	R\$ 4.917	R\$ 4.541	R\$ 3.016	
t-3	R\$ 53.279	R\$ 9.899	R\$ 6.453	R\$ 5.509		
t-2	R\$ 52.653	R\$ 11.433	R\$ 6.111			
t-1	R\$ 52.950	R\$ 11.941				
t	R\$ 52.830	R\$ 12.233	R\$ 5.980	R\$ 4.711	R\$ 3.026	R\$ 697

Fonte: elaborado pelos autores.

100. Os valores hachurados em cinza na Tabela 10 referem-se ao desenvolvimento histórico observado dos sinistros ocorridos e avisados até t, independentemente de terem sido avisados no mesmo instante. Por sua vez, os destacados em amarelo são os valores estimados de avisos efetivos para os cinco próximos instantes de tempo (a contar a partir de t). São estes os valores de sinistros que ocorreram em t, mas devem ser pagos durante os próximos exercícios contábeis. Logo, a PEONA*(adaptada) deve ser a soma dos valores em amarelo, totalizando R\$ 26.646.

101. Atualmente a ANS não obriga que as provisões sejam calculadas separadamente para planos individuais e planos coletivos. Nossa recomendação envolve necessariamente essa separação, de modo que sejam construídos triângulos de *run-off* unicamente para planos individuais.

102. A ANS argumenta que o uso da variação da PEONA envolve uma discricionariedade por parte da OPS na metodologia de cálculo. O uso de diferentes metodologias não deve ser visto como algo necessariamente ruim, pois é justamente tal aspecto que permite modelos mais aderentes às carteiras específicas. De modo complementar, a ANS, como agência reguladora do setor, não pode se eximir, sob pretexto de alta

subjetividade, de auditar os modelos desenvolvidos pelas supervisionadas. Este pensamento vai em direção contrária aos ditames preconizados pelos acordos Basiléia III e Solvência II e adotados pelas principais economias globais, que defendem o uso de modelos internos por parte das firmas.

103. A ANS também explicita que o uso da PEONA envolvia o uso de custos futuros, o que inviabilizaria sua aplicação. O órgão regulador parece estar confundindo regime de caixa com regime de competência. Mesmo as DA já observadas podem vir a serem pagas unicamente no futuro. As DA obtidas na demonstração de resultados do período só foram reconhecidas porque o evento gerador ocorreu naquele exercício contábil e não porque elas foram pagas naquele período contábil. Com isso, o argumento de “custos futuros” nos parece inadequado, pois as próprias DA podem vir a ser pagas somente em períodos futuros. Se tal argumento for válido, sequer as DA poderiam ser utilizadas e deveria ser utilizada a demonstração dos fluxos de caixa.
104. Nossa proposta, já apresentada, está utilizando a parcela da variação da PEONA que somente diz respeito ao mesmo período gerador da despesa contábil, de modo que se respeite o conceito de competência contábil. Não defendemos o uso do regime de caixa para estimação do VDA, pois este regime não permite a adequada confrontação das receitas e despesas de um período, de modo que tem-se um prejuízo ao se mensurar o desempenho da entidade referente a um período.

III.2 Variação de Faixa Etária (VFE)

105. Na minuta da Resolução Normativa, a ANS propõe uma metodologia de apuração do fator de Variação por Faixa Etária (VFE), baseando-se nas informações do SIB, divulgadas periodicamente pela ANS.

O algoritmo proposto consiste em alguns passos:

Apura-se a quantidade média (Q) de beneficiários em planos individuais posteriores à Lei 9.656/98 distribuídos pelas faixas etárias (f_i) definidas pela RN/63 em dois períodos ($t = 1, 2$), de acordo com o SIB e define-se a seguinte expressão:

$$Q_{mercado,t=1} = \sum_{i=1}^{10} Q_{f_i,1}$$

$$Q_{mercado,t=2} = \sum_{i=1}^{10} Q_{f_i,2}$$

106. Em seguida, apura-se o fator médio de reajuste em cada faixa etária (RFE) obtido no Painel de Precificação de publicação mais recente e estimam-se os preços relativos de cada faixa etária a partir de uma base 100 (estipulado para a primeira faixa etária), da seguinte maneira:

$$P_{f_i} = 100 \times \prod_{i=2}^{10} (1 + RFE_{f_i})$$

107. Para apurar a receita agregada (R) oriunda de cada faixa etária em cada instante de tempo, multiplica-se, em cada faixa etária, a quantidade total de beneficiários do período $t = 1$ pelos preços relativos estimados, segundo a expressão:

$$R_{mercado,t=1} = \sum_{i=1}^{10} Q_{f_{1,1}} \times P_{f_i}$$

$$R_{mercado,t=2} = \sum_{i=1}^{10} Q_{f_{1,2}} \times P_{f_i}$$

108. Calcula-se, na sequência, a receita *per capita* de cada período (com base nos preços estimados somente no primeiro instante de tempo), rateando a receita total pela quantidade total de beneficiários de cada período:

$$R_{per\ capita,t=1} = \frac{R_{mercado,t=1}}{Q_{mercado,t=1}} = \frac{\sum_{i=1}^{10} Q_{f_{1,1}} \times P_{f_i}}{\sum_{i=1}^{10} Q_{f_{1,1}}}$$

$$R_{per\ capita,t=2} = \frac{R_{mercado,t=2}}{Q_{mercado,t=2}} = \frac{\sum_{i=1}^{10} Q_{f_{1,2}} \times P_{f_i}}{\sum_{i=1}^{10} Q_{f_{1,2}}}$$

109. Finalmente, obtém-se o fator de variação por faixa etária (VFE), por meio da razão entre as receitas médias por beneficiário em cada período:

$$VFE = \frac{R_{per\ capita,t=2}}{R_{per\ capita,t=1}} - 1$$

110. Apesar de a formulação considerar as quantidades totais de beneficiários e preços relativos em todas as faixas etárias, nota-se que na metodologia proposta há algumas limitações. A primeira delas é presumir que a estrutura etária do mercado é a mesma para todas as operadoras. Admita-se, por hipótese, que uma operadora ofereça somente planos para indivíduos de uma mesma faixa etária (59 ou mais). Assim, ela não sofrerá qualquer reajuste por variação de faixa. Contudo, a metodologia proposta impõe a ela um reajuste inferior ao atuarialmente justo por considerar que ela teria uma distribuição populacional idêntica ao do mercado.

111. Segundo, não está claro nesta metodologia o que acontecerá com a fórmula caso, em termos ponderados, as carteiras diminuam ou aumentem. Vejamos um exemplo.

Tabela 11 – Um exemplo básico do cálculo proposto pela ANS

Faixa Etária	Situação em t				Situação em t+1		
	Total de Beneficiários	Prêmios	Reajuste FE	Receita Total	Total de Beneficiários	Prêmios	Receita Total
0-18	2.621.570	R\$ 100,00		R\$ 262.157.000,00	2.560.633	R\$ 100,00	R\$ 256.063.300,00
19-23	450.446	R\$ 122,76	22,76%	R\$ 55.297.201,41	437.732	R\$ 122,76	R\$ 53.736.418,05
24-28	542.617	R\$ 142,21	15,84%	R\$ 77.164.245,02	503.495	R\$ 142,21	R\$ 71.600.800,46
29-33	594.852	R\$ 159,93	12,46%	R\$ 95.133.523,56	559.830	R\$ 159,93	R\$ 89.532.523,20
34-38	600.496	R\$ 175,23	9,57%	R\$ 105.227.778,14	579.958	R\$ 175,23	R\$ 101.628.806,44
39-43	492.732	R\$ 200,86	14,62%	R\$ 98.968.965,72	483.984	R\$ 200,86	R\$ 97.211.863,46
44-48	432.073	R\$ 245,97	22,46%	R\$ 106.277.088,22	415.246	R\$ 245,97	R\$ 102.138.147,43
49-53	435.347	R\$ 302,43	22,95%	R\$ 131.661.016,75	412.339	R\$ 302,43	R\$ 124.702.758,92
54-58	422.989	R\$ 374,64	23,88%	R\$ 158.469.215,21	414.490	R\$ 374,64	R\$ 155.285.137,47
59+	1.685.750	R\$ 545,55	45,62%	R\$ 919.659.467,99	1.745.989	R\$ 545,55	R\$ 952.522.802,83
Totais	8.278.872			R\$ 2.010.015.502,01	8.113.696		R\$ 2.004.422.558,25
				R\$ 242,79			R\$ 247,04
						Desconto por FE	1,75%

A Tabela 11 apresenta um exemplo típico da proposição da ANS. É importante observar que todas as faixas etárias tiveram redução na quantidade de beneficiários, à exceção de uma: a última faixa, em um claro sinal de movimento anti-seletivo do mercado. Como exemplo, a Tabela 2, a seguir, mostrará o principal defeito da metodologia proposta pela ANS. O que aconteceria se mesmo a última faixa etária apresentasse diminuição da quantidade de beneficiários?

Tabela 12 – Um exemplo contrafactual do cálculo proposto pela ANS: e se todas as faixas incorressem em uma diminuição da quantidade de beneficiários?

Faixa Etária	Situação em t				Situação em t+1		
	Total	Prêmios	Reajuste FE	Receita Total	Total	Prêmios	Receita Total
0-18	2.621.570	R\$ 100,00		R\$ 262.157.000,00	2.560.633	R\$ 100,00	R\$ 256.063.300,00
19-23	450.446	R\$ 122,76	22,76%	R\$ 55.297.201,41	437.732	R\$ 122,76	R\$ 53.736.418,05
24-28	542.617	R\$ 142,21	15,84%	R\$ 77.164.245,02	503.495	R\$ 142,21	R\$ 71.600.800,46
29-33	594.852	R\$ 159,93	12,46%	R\$ 95.133.523,56	559.830	R\$ 159,93	R\$ 89.532.523,20
34-38	600.496	R\$ 175,23	9,57%	R\$ 105.227.778,14	579.958	R\$ 175,23	R\$ 101.628.806,44
39-43	492.732	R\$ 200,86	14,62%	R\$ 98.968.965,72	483.984	R\$ 200,86	R\$ 97.211.863,46
44-48	432.073	R\$ 245,97	22,46%	R\$ 106.277.088,22	415.246	R\$ 245,97	R\$ 102.138.147,43
49-53	435.347	R\$ 302,43	22,95%	R\$ 131.661.016,75	412.339	R\$ 302,43	R\$ 124.702.758,92
54-58	422.989	R\$ 374,64	23,88%	R\$ 158.469.215,21	414.490	R\$ 374,64	R\$ 155.285.137,47
59+	1.685.750	R\$ 545,55	45,62%	R\$ 919.659.467,99	1.500.000	R\$ 545,55	R\$ 818.323.714,66
Totais	8.278.872			R\$ 2.010.015.502,01	7.867.707		R\$ 1.870.223.470,09
				R\$ 242,79		Desconto por FE	R\$ 230,50
							-5,06%

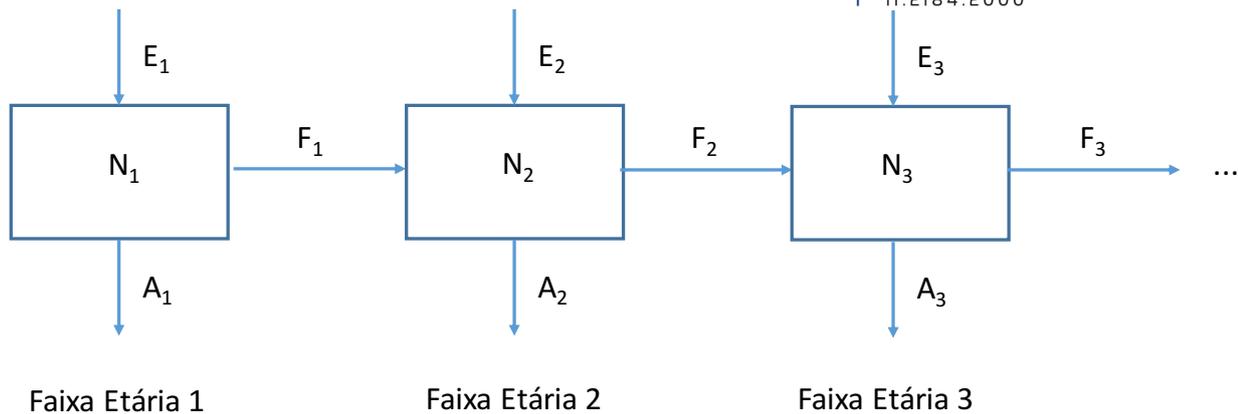
Nesta situação, claramente se percebe que o VFE assumiria valores negativos, forçando a ANS a atribuir um desconto negativo para o VDA.

Este efeito só ocorreu por um motivo: ignorou-se o conceito do que o VFE efetivamente precisa contemplar: o ganho arrecadatório de receita adicional por efetiva mudança de faixa etária daqueles indivíduos que não só fizeram aniversário, mas que se mantiveram na atual carteira, de modo que consumou este adicional de receita para o plano. E isso é preciso fazer individualmente por operadora, uma vez que, conforme já demonstrado anteriormente neste documento, ocorrerá uma das duas situações: (i) ele pagará relativamente mais caro pelo novo plano similar em outra operadora por ser um novo entrante, ou (ii) ele migrará para um plano mais barato, porém mais restrito.

Qualquer que seja a situação, incorrer-se-á em injustiças comparativas aos demais beneficiários e gerará distorções nos índices, além de fazer com que o VFE perca completamente o seu sentido.

112. A nossa proposta: decompor totalmente a dinâmica setorial, para cada operadora, de acordo com a Figura 6.

Figura 6 – Diagrama da fila estocástica representativa da dinâmica setorial entre as faixas etárias de uma mesma operadora de planos de saúde.



Fonte: elaborado pelos autores.

Cada um dos termos será explicado adiante.

113. Sejam:

$b_f^{t+1} = b_f^t \times (1 + inf_f^t)$ o valor do gasto médio dos beneficiários da f-ésima faixa etária no (t+1)-ésimo instante de tempo. Note que inf_f^t se refere à taxa de inflação dos custos médicos-hospitalares que ocorreu em t na f-ésima faixa etária;

$\Pi_f^{t+1} = \Pi_f^t \times (1 + r_f^t)$ o prêmio médio pago pelos beneficiários da f-ésima faixa etária no (t+1)-ésimo instante de tempo. Note que r_f^t se refere à taxa de reajuste dos prêmios que ocorreu em t na f-ésima faixa etária;

$\Pi_{f+1}^{t+1} = \Pi_{f+1}^t \times (1 + r_{f+1}^t)$ o prêmio médio pago pelos beneficiários da (f+1)-ésima faixa etária no (t+1)-ésimo instante de tempo;

$\frac{\Pi_{f+1}^{t+1}}{\Pi_f^t} = (1 + r_{fe}) \Rightarrow \Pi_{f+1}^t \times (1 + r_{fe}) \times (1 + r_{f+1}^t)$ a diferença relativa de preços pagos pelos beneficiários da (f+1)-ésima faixa etária e pelos beneficiários da f-ésima faixa etária, relativamente, no t-ésimo instante de tempo;

114. Por lei, o reajuste r_f^t é fixo e uniforme para todas as faixas etárias, de modo a manter a proporcionalidade da regra definida entre as faixas etárias. Logo, podemos escrever $r_f^t = \bar{r}$.

Além disso, para $t \geq 0$ (período de análise) e $f = 1, \dots, 10$, as faixas etárias fixadas pela ANS, definem-se os seguintes termos já apresentados pela Figura 1:

N_f^t representa a quantidade de beneficiários de planos de saúde individuais não-fronteiriços na f-ésima faixa etária no instante t, com $N_f^t \geq 0$;

F_f^t denota a quantidade de beneficiários de planos de saúde individuais fronteiriços na f-ésima faixa etária no instante t e que seguirão na operadora, com $F_f^t \geq 0$;

Desta maneira, em t, $T_f^t = N_f^t + F_f^t$ simboliza a quantidade total de beneficiários com contratos em vigência na operadora.

Contudo, neste período, podem haver entradas e saídas de beneficiários. Estes termos são dados por:

E_f^t é a quantidade de novos beneficiários que adquiriram planos de saúde individuais na f-ésima faixa etária no instante t, com $E_f^t \geq 0$;

A_f^t descreve a quantidade de beneficiários de planos de saúde da f-ésima faixa etária no instante t que saíram da carteira, com a restrição de que $0 \leq A_f^t \leq N_f^t + F_f^t = T_f^t$;

Para a faixa etária $f = 1$, no instante de tempo t+1, a quantidade total T_1^t de beneficiários é dada por:

$$T_1^{t+1} = N_1^t + E_1^t - A_1^t - F_1^t,$$

e cuja receita é dada por:

$$R_1^{t+1} = T_1^{t+1} \times \pi_1^{t+1} = [N_1^t + E_1^t - A_1^t - F_1^t][\pi_1^t \times (1 + \bar{r})].$$

Já para a faixa etária $f = 2$, no instante de tempo t+1, a quantidade total T_2^t de beneficiários é dada por:

$$T_2^{t+1} = N_2^t + E_2^t - A_2^t - F_2^t + F_1^t,$$

pois aqueles indivíduos que, em t, eram fronteiriços na primeira faixa, fizeram aniversário em t+1 e migraram de faixa etária.

Assim, a receita oriunda da segunda faixa etária é dada por:

$$R_2^{t+1} = T_2^{t+1} \times \pi_2^{t+1} = [N_2^t + E_2^t - A_2^t - F_2^t + F_1^t][\pi_2^t \times (1 + \bar{r})].$$

A receita total das duas faixas etárias $R_1^{t+1} + R_2^{t+1}$ é dada por:

$$R_1^{t+1} + R_2^{t+1} = [N_1^t + E_1^t - A_1^t - F_1^t][\pi_1^t \times (1 + \bar{r})] + [N_2^t + E_2^t - A_2^t - F_2^t + F_1^t][\pi_2^t \times (1 + \bar{r})]$$

que pode ser reescrita como:

$$R_1^{t+1} + R_2^{t+1} = (1 + \bar{r})\{[N_1^t \times \pi_1^t + N_2^t \times \pi_2^t] + [E_1^t \times \pi_1^t + E_2^t \times \pi_2^t] - [A_1^t \times \pi_1^t + A_2^t \times \pi_2^t] + F_1^t \times (\pi_2^t - \pi_1^t) - F_2^t \times \pi_2^t\}$$

Expandindo a receita total das três primeiras faixas etárias $R_1^{t+1} + R_2^{t+1} + R_3^{t+1}$, tem-se que:

$$\begin{aligned} R_1^{t+1} + R_2^{t+1} + R_3^{t+1} &= (1 + \bar{r})\{[N_1^t \times \pi_1^t + N_2^t \times \pi_2^t + N_3^t \times \pi_3^t] \\ &+ [E_1^t \times \pi_1^t + E_2^t \times \pi_2^t + E_3^t \times \pi_3^t] - [A_1^t \times \pi_1^t + A_2^t \times \pi_2^t + A_3^t \times \pi_3^t] \\ &+ F_0^t \times (\pi_2^t - \pi_1^t) + F_1^t \times (\pi_2^t - \pi_1^t) + F_2^t \times (\pi_3^t - \pi_2^t) - F_3^t \times \pi_3^t\} \end{aligned}$$

Por indução, a receita total entre a primeira e a penúltima faixas etárias é:

$$\sum_{f=1}^9 R_f^{t+1} = (1 + \bar{r}) \left\{ \sum_{f=1}^9 N_f^t \times \pi_f^t + \sum_{f=1}^9 E_f^t \times \pi_f^t - \sum_{f=1}^9 A_f^t \times \pi_f^t + \sum_{f=1}^9 F_f^t \times (\pi_{f+1}^t - \pi_f^t) - F_9^t \times \pi_9^t \right\}$$

Como a última faixa etária não admite transição de fronteiriços (apenas saídas), a receita auferida é dada por:

$$R_{10}^{t+1} = T_{10}^{t+1} \times \pi_{10}^{t+1} = [N_{10}^t + E_{10}^t - A_{10}^t + F_9^t] [\pi_{10}^t \times (1 + \bar{r})],$$

Resultando na receita agregada de todas as faixas de:

$$\sum_{f=1}^{10} R_f^{t+1} = (1 + \bar{r}) \left\{ \sum_{f=1}^{10} N_f^t \times \pi_f^t + \sum_{f=1}^{10} E_f^t \times \pi_f^t - \sum_{f=1}^{10} A_f^t \times \pi_f^t + \sum_{f=1}^9 F_f^t \times (\pi_{f+1}^t - \pi_f^t) \right\}$$

O termo destacado na última fórmula segrega com exatidão qual foi o volume de receita adicional que foi obtida com a migração de indivíduos que migraram de faixa etária por ocasião de aniversário. Porém, para este controle ser efetivo, é preciso que se acompanhe todos os registros de beneficiários. Mas isso é uma tarefa trivial para cada operadora, uma vez que, obrigatoriamente, ela aloca cada um dos indivíduos – por meio da tarifação – em sua faixa etária correspondente.

III.3 Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência (FGE)

115. O FGE, na proposta corrente da ANS, foi estabelecido como a subtração entre o VDA das operadoras que apresentam valores da VDA acima do 3^o quartil e o VDA do terceiro quartil, ponderada pelo *market share* da operadora, computado pelo número de beneficiários de planos individuais a nível nacional. Essa medida, segundo a Nota Técnica, seria capaz de mensurar “a parcela de ganhos de eficiência que pode ser alcançada pelo setor e compartilhada entre os beneficiários”.
116. Segundo ainda a mesma Nota Técnica, a introdução do FGE é importante pelos seguintes fatores:
- a) “Na ausência de um índice de eficiência, o cálculo do fator de reajuste ficaria restrito ao índice de recomposição de receita e as Operadoras do setor não teriam nenhum incentivo a reduzir ou controlar custos. Além disso, os ganhos de eficiência seriam apropriados somente pelas Operadoras, não tendo nenhum impacto para os consumidores”.

b) *“A presença de uma política de financiamento endógena, pelo mecanismo do seguro ou plano de assistência à saúde, garante aos prestadores de serviços de saúde o financiamento para “os novos serviços incorporados”, podendo resultar em incentivos à incorporação tecnológica e a conseqüente ampliação dos custos do setor”.*

c) *“A estrutura de mercado das operadoras de plano de saúde individuais no Brasil é majoritariamente concentrada. Estudo realizado por Andrade et al. (2012) caracterizou 96 mercados relevantes de planos de saúde no Brasil, dentre os quais 82% apresentaram estruturas concentradas para o caso de planos individuais. A inclusão do componente de produtividade ao fator de reajuste do setor é uma forma de introduzir uma concorrência indireta entre as Operadoras, que passam a concorrer por maior produtividade. As Operadoras com índices inferiores à média do setor terão que compensar os consumidores por não terem sido eficientes, não tendo, portanto, toda a sua variação de custo recomposta pelo fator de reajuste”.*

117. A fórmula proposta pela ANS para o desconto do fator de eficiência supõe que o desempenho das operadoras com pior desempenho são balizadores dos ganhos de eficiência potenciais do mercado. São várias as limitações dessa abordagem:

- A hipótese intrínseca ao indicador de eficiência proposto é que, como o cálculo do VDA é feito pela média ponderada de todas operadoras, estariam as operadoras com altos VDAs influenciando a média, e, portanto, seria mandatário algum tipo de expurgo dessa influência, uma vez que as operadoras com reajuste necessário abaixo da média poderiam praticar o índice cheio. Esse malabarismo, entretanto, é altamente dependente das distribuições ponderadas e não ponderadas do VDA e essas distribuições não guardam resguardo direto com desempenhos eficientes.
- Existe uma diferença, bem reportada na literatura, entre eficiência alocativa e eficiência técnica, sendo a eficiência alocativa relacionada a combinação de insumos a partir de seus preços de mercado. Há que se considerar, dessa forma, na avaliação da eficiência o vetor de preços dos insumos. No caso de produção de serviços de saúde, sabe-se que não só a demanda é local, mas como a oferta o é. Uma das poucas exceções são grupos de exames que podem ter parte do seu processo produtivo centralizado em uma única unidade de análise e, nesse sentido, podem ter seu mercado relevante ampliado. A ANS já reconhece natureza local para estabelecimento do mercado relevante de planos de saúde, de maneira que não existe motivação para a comparabilidade de desempenhos de operadoras que atuam em realidades distintas sem que se considere o vetor de preço dos insumos;
- A incorporação de algum parâmetro de eficiência (econômica ou técnica) no reajuste regulado dos contratos de planos de saúde individual deve considerar a heterogeneidade dos produtos e do risco das carteiras, uma vez que o mercado é caracterizado por uma diversidade de contratos que diferem quanto a sua cobertura, conforme descrito, e diferem no perfil de risco dos seus participantes.

118. Carece, portanto, de conceito, qual o fundamento da proposta realizada pela ANS para a subtração de um fator meramente produto de uma definição algébrica e único em mercados reconhecidamente locais.
119. É legítima, entretanto, a preocupação da ANS em não transferir completamente variações de despesas observadas no período anterior. Diverge-se, entretanto, da opção metodológica. Evitar a transferência total de ineficiências pode ser feito por meio da adoção de algum *benchmarking* atrelado ao ambiente e condições do mercado, desde que se conheça com mais detalhes as características de risco da carteira e a evolução dos sinistros.

IV. Regulação por registro de informações

120. Preocupações com justiça e equilíbrio durante o processo de reajuste anual dos prêmios de planos individuais devem balizar a autoridade regulatória. Sugere-se que os critérios de escolha sobre a revisão de prêmios levem em conta o montante dos prêmios, o escopo da cobertura e a solvência de determinadas coberturas;
121. Existe, nesse sentido, uma associação entre o estabelecimento de classes de *rating*, possibilidades de subscrição, escopo da cobertura (englobando, inclusive ferramentas de gerenciamento de risco individual permitidas no contrato) e a evolução dos prêmios;
122. Na experiência americana, a lista de informações requerida pela autoridade regulatória em um particular estado pode variar conforme o tipo de operadora, o tipo de cobertura e se as informações serão usadas para a submissão de um novo produto ou se para a revisão de taxa de um bloco existente;
123. No estado de New York a Lei de Seguro (11 CRR-NY 52.40). As organizações não lucrativas e HMOs, seguem as seguintes diretrizes para o estabelecimento do reajuste anual de prêmio:
 - “applications for revisions of previously approved rates of article 43 corporations and health maintenance organizations:*
 - (i) information with respect to claim or utilization frequencies, claim costs and expenses shown for all contracts and riders, or for each coverage separately if more than one coverage is provided by a contract or rider, for a period of at least two years prior to the calendar year in which the new rates are effective, even though rates for some contracts, riders or coverages are not being changed;*
 - (ii) the information required in subparagraph (i) of this paragraph projected for a period not more than two years beyond the effective date of the new rates;*
 - (iii) a summary of projected changes in claim or utilization frequency, average claim costs and expenses;*
 - (iv) the current financial condition of the corporation and the financial condition projected to the effective date of the new rates and to the end of the period during which the new rates will be in effect;*

(v) the projected operating results for the period during which the new rates will be in effect, showing premiums, claims and expenses;

(vi) such additional information as may be needed in order to assist the superintendent in determining whether the application shall become effective as filed, shall become effective as modified, or shall be disapproved;

(vii) as respects rate adjustment applications where such adjustment is only requested to reflect anticipated payments to or from the demographic or specified medical condition pooling funds, such applications shall contain such information as may be needed in order to assist the superintendent in determining the amount of the adjustment which is necessary in order to recognize such payments. Such information shall be in lieu of the material requested in subparagraphs (i), (ii), (iii) and (vi) of this paragraph; and

(viii) a jurat subscribed to by the corporation's president or chief executive officer, treasurer or chief financial officer, and chief actuary or, if the corporation has no chief actuary, the person responsible for preparing this rate application. All testimony of the corporation's directors, employees, agents or representatives made at any public hearing ordered by the superintendent with respect to the terms of this application shall be subscribed to under oath. The form of this jurat shall be as follows: (Note: Modify jurat if any of these persons are not in the employment of the insurer or HMO.)”

124. O conjunto típico de informações requeridos pelo NAIC é:

“I. New Rate Sheet

II. Actuarial Memorandum

- A. Brief description of the type of policy, benefits, renewability, general marketing method and issue age limits.*
- B. Scope and reason for rate revision including a statement of whether the revision applies only to new business, only to in force business, or to both, and outline of all past rate increases on this form.*
- C. Estimated average annual premium per policy, before and after rate increase. Descriptive relationship of proposed rate scale to current rate scale.*
- D. Past experience, as specified in Section 2D of the guidelines, any other available data the insurer may wish to provide.*
- E. Brief description of how revised rates were determined, including the general description and source of each assumption used. For expenses, include percent of premium, dollars per policy, or dollars per unit of benefit, or both.*
- F. The anticipated future loss ratio and description of how it was calculated.*
- G. The anticipated loss ratio that combines cumulative and future experience, and description of how it was calculated.*
- H. Anticipated loss ratio presumed reasonable according to the guide lines.*
- I. If Subsection F or G is less than Subsection H, supporting documentation for*

the use of such premium rates.

- J. Certification by a qualified actuary that, to the best of the actuary's knowledge and judgment, the rate submission is in compliance with the applicable laws and regulations of the state and the benefits are reasonable in relation to the premium"*

125. O aparato de informações para a implementação desse tipo de abordagem já está, em grande medida, presente no rol de informações que as operadoras reportam periodicamente para a ANS. Exemplos contemplam base de dados como o SIP (Sistema de Informações de Produtos) e o TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar). Um amplo grupo de trabalho envolvendo os agentes do setor de saúde brasileiro, tem plenas condições de avançar em propostas metodológicas com exigências escalonadas, mas que tenham objetivos bem definidos a longo prazo.

V. Considerações Finais

126. A regulação econômica da conduta das operadoras no que tange ao reajuste anual dos prêmios é legítima e deve ocorrer com o maior grau de transparência possível. A complexidade do mercado de saúde, atrelada à importância da evolução do perfil de risco dos beneficiários, e a variedade de produtos resulta, entretanto, na necessidade de informações detalhadas sobre a trajetória dos sinistros. Esse tipo de informação, muitas vezes, não possui alcance público, embora tenha alcance regulatório.
127. A metodologia de *value-cap* proposta pela ANS foi moldada sob a premissa de que somente dados públicos poderiam ser utilizados para o cálculo do reajuste. Essa premissa cria limitações de ordem conceitual com incentivos adversos sobre o mercado e sobre as condições de competição das operadoras: desinteresse na oferta de contratos individuais, elevação de prêmio para os novos entrantes a fim de compensar inadequação de taxas, subsídios entre segmentos de produto e até mesmo entre formas de adesão.
128. Não obstante, o modelo proposto pela ANS possui caráter retrospectivo. O arcabouço metodológico da ciência atuarial e sua teoria de precificação propõem uma abordagem diametralmente oposta, sendo os sinistros prospectivamente estimados. Isso não implica, contudo, que a estimativa prospectiva não possa o ter o passado como um instrumento balizador de verossimilhança inicial. A ANS parece estar caminhando em direção contrária às melhores práticas regulatórias, sob o argumento de elevada subjetividade e complexidade. Modelos específicos e aderentes às diferentes carteiras das operadoras fazem parte das tendências modernas em regulação, tal como visto em Basiléia III e Solvência II. Caberá a ANS desenvolver expertise para auditar adequadamente tais modelos.