

Gerenciamento de custos em operadoras de saúde de pequeno porte: reflexo nos requisitos de margem de solvência

Adriana Barbosa Sousa Silva (PUC-SP e UBC-SP) - adriana.atuaria@gmail.com

Rubens Famá (PUC/SP) - rfama@usp.br

Neusa Maria Bastos F. Santos (PUCSP) - admneusa@pucsp.br

Luiz Augusto Ferreira Carneiro (USP) - lacarneiro@usp.br

Roberto Fernandes dos Santos (PUCSP) - setrob@pucsp.br

Resumo:

As regras de margem de solvência são aplicadas a todo o mercado de saúde suplementar e não fazem distinção por porte de operadora. Os custos assistenciais têm relação direta com a margem de solvência e nas operadoras de pequeno porte, a volatilidade do valor esperado dos eventos pode gerar necessidade maior de capital. Este trabalho procura verificar quantitativamente qual o impacto no enquadramento das operadoras de planos de saúde, no quesito de suficiência de margem de solvência, se adotado o modelo de capital baseado em risco e levantar as questões relacionadas ao reflexo da variação dos custos assistenciais nas operadoras de pequeno porte. Foi realizada uma pesquisa exploratória, com levantamento bibliográfico e levantados os dados contábeis necessários para o dimensionamento do Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência de 578 operadoras de saúde componentes da amostra. Para essa mesma amostra, foi calculado o capital baseado em risco aplicado no mercado de seguros, considerando o risco de subscrição. Foi realizada uma estatística descritiva dos resultados, segmentada por porte de operadora. Os resultados apontaram para necessidade de margem de solvência para 5% da amostra, ou seja, 30 operadoras que estariam enquadradas nos requisitos de margem de solvência pela legislação aplicada à saúde suplementar deixariam de estar enquadradas se utilizado o modelo de capital baseado em risco, considerando o risco de subscrição. Esse impacto é maior entre as operadoras da modalidade Medicina de grupo de pequeno porte, onde 15 operadoras, que representam 10% da modalidade e porte, deixariam de estar enquadradas.

Palavras-chave: Solvência, Saúde Suplementar, Custos

Área temática: Custos aplicados ao setor privado e terceiro setor

Gerenciamento de custos em operadoras de saúde de pequeno porte: reflexo nos requisitos de margem de solvência

Resumo

As regras de margem de solvência são aplicadas a todo o mercado de saúde suplementar e não fazem distinção por porte de operadora. Os custos assistenciais tem relação direta com a margem de solvência e nas operadoras de pequeno porte, a volatilidade do valor esperado dos eventos pode gerar necessidade maior de capital. Este trabalho procura verificar quantitativamente qual o impacto no enquadramento das operadoras de planos de saúde, no quesito de suficiência de margem de solvência, se adotado o modelo de capital baseado em risco e levantar as questões relacionadas ao reflexo da variação dos custos assistenciais nas operadoras de pequeno porte. Foi realizada uma pesquisa exploratória, com levantamento bibliográfico e levantados os dados contábeis necessários para o dimensionamento do Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência de 578 operadoras de saúde componentes da amostra. Para essa mesma amostra, foi calculado o capital baseado em risco aplicado no mercado de seguros, considerando o risco de subscrição. Foi realizada uma estatística descritiva dos resultados, segmentada por porte de operadora. Os resultados apontaram para necessidade de margem de solvência para 5% da amostra, ou seja, 30 operadoras que estariam enquadradas nos requisitos de margem de solvência pela legislação aplicada à saúde suplementar deixariam de estar enquadradas se utilizado o modelo de capital baseado em risco, considerando o risco de subscrição. Esse impacto é maior entre as operadoras da modalidade Medicina de grupo de pequeno porte, onde 15 operadoras, que representam 10% da modalidade e porte, deixariam de estar enquadradas.

Palavras-chave: Solvência, Saúde Suplementar, Custos.

Área Temática: Custos aplicados ao setor privado e terceiro setor.

1 Introdução

Os planos de saúde têm sua origem em instituições filantrópicas vinculadas à Igreja Católica - as Santas Casas de Misericórdia, que atuaram como as principais prestadoras de serviços hospitalares no país, desde o período colonial, até a primeira metade do século XX.

A exploração econômica da assistência à saúde surgiu na década de 30 e teve um crescimento no final da década de 50 com o início do processo de industrialização do país.

Esse setor da economia não tinha um padrão de funcionamento e a regulação pelo Estado só ocorreu em 1998, com o advento da Lei 9.656, ou seja, foram 40 anos de atividade não regulamentada, exceção às Seguradoras que comercializavam produtos de seguro-saúde, que eram fiscalizadas e seguiam as normas editadas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) — autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda.

Em 2000, foi criada a agência reguladora do setor, a Agência Nacional de Saúde (ANS) para que se cumprisse o que determina a Lei 9.656, e em 2001 as Seguradoras que atuavam no setor de saúde passaram a ser fiscalizadas também pela ANS.

Em 2001, a agência criou as primeiras regras de regulação de garantias financeiras para as operadoras de saúde.

Essas regras, e também o modelo de fiscalização foi baseado nos mercados financeiro e de seguros, mercados já consolidados em termos de fiscalização e com padrões técnicos mais sofisticados.

No mercado de seguros, a regulação de garantias financeiras é feita através da constituição obrigatória de provisões técnicas e capital mínimo requerido, sendo esse formado por um capital base e um capital adicional que relaciona o maior dos valores entre a margem de solvência e o capital adicional baseado em risco.

O produto ofertado pelas operadoras de saúde – assistência à saúde na forma de prestação de serviços médico-hospitalares tendo como contrapartida o pagamento de contraprestações pecuniárias pelos beneficiários tem características securitárias, ou seja, o pagamento é feito a priori (pré-estabelecido) e as despesas são eventos aleatórios, podem ocorrer ou não.

Mas há particularidades do setor que o diferem da operação de seguros.

Os produtos do mercado de seguros (seguro de pessoas e de danos) têm as bases técnicas de precificação fundadas nas ciências atuariais – teoria do risco, tábuas de mortalidade ou sobrevivência, probabilidade de ruína, etc. Os preços são determinados de acordo com as características individuais dos riscos.

Nas operadoras de planos de saúde, quando se fala em garantias financeiras e capital mínimo requerido para fazer frente aos riscos assumidos o senso comum nos diz que se comparados com as operações de seguros essas garantias teriam que ser maiores porque (i) não há limite de capital segurado, e os gastos são crescentes à medida que o beneficiário envelhece (ii) o nível de gestão e controles internos de parte das operadoras é pouco desenvolvido, (iii) os passivos atuariais ou provisões técnicas estão em processo de constituição e as exigências são maiores para as seguradoras, (iv) há restrições muito impactantes para o cálculo da precificação do risco: não se pode segmentar as características individuais do risco – somente por faixa etária, o estatuto do idoso impõe que o reajuste máximo por faixa etária será aos 59 anos.

Ocorre que outra diferença muito significativa entre esses dois mercados, saúde suplementar e seguros, é o papel social da assistência privada à saúde.

Segundo o site da ANS, o sistema privado de saúde no Brasil é o segundo maior do mundo, e aqui apesar da assistência à saúde pública ser universal os investimentos em saúde pública são menores do que os investimentos do setor privado. Ou seja, a ANS além de se preocupar com a solvência das operadoras e para isso exigir garantias financeiras e capital baseado em risco, tem que se preocupar com a assistência aos beneficiários. Ela dosa as exigências para que as operadoras de saúde não deixem o mercado por não cumprirem as exigências de garantias financeiras, porque o setor público não tem condições de dar assistência a toda a população assistida pelo setor privado.

Os requisitos de margem de solvência de uma operadora de saúde estão diretamente relacionados aos seus custos assistenciais, já que a margem de solvência resulta do valor do Patrimônio Líquido Ajustado suficiente, para cobertura do maior valor entre 0,20 vezes o somatório dos 12 (doze) últimos meses de contraprestações (receita) e 0,33 vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma dos eventos/sinistros (custos assistenciais).

2 Regulamentação no setor de saúde suplementar

A Constituição de 1.988 permitiu a exploração da atividade privada na área da saúde, condicionada à regulamentação específica, o que só ocorreu de fato dez anos depois.

Constituição Federal - Seção II - DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,

devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O marco legal de regulação é formado pelo conjunto da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 com a Medida Provisória (MP) 2.177-44 (originalmente MP 1.665, de 05 de junho de 1998), além da Lei 9.961 de 2000 que criou a ANS – agência Nacional de Saúde Suplementar e da Lei 10.185 de 2001, que instituiu a figura da seguradora especializada em saúde (SES).

Segundo Montone (2003), uma análise das mudanças evidencia o desafio da regulamentação. Das empresas que antes se organizavam livremente para atuar no setor, submetendo-se unicamente legislação do tipo societário escolhido, foi exigido o cumprimento de medidas específicas, desde o registro de funcionamento, até a constituição de garantia financeira. A regulamentação determinou a sujeição das operadoras a processos de intervenção e de liquidação.

Montone (2003, pág. 13) observa ainda:

“Após a regulamentação, foi limitada a liberdade de definição do produto a ser oferecido, do público a quem oferecer, das condições de operação e de preço: o produto obrigatório está definido por lei e são proibidas a seleção de risco e a exclusão indiscriminada de usuários pela não-renovação ou rompimento do contrato”

Com a promulgação da Lei 9.656 foi instituído um sistema de regulamentação bipartite, que consistia em atribuir o controle econômico-financeiro e os reajustes de preços à SUSEP e ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), vinculados ao Ministério da Fazenda e a regulação da atividade de produção da assistência à saúde ao Ministério da Saúde.

Esse sistema vigorou de 1998 até agosto de 1999. Em Setembro de 1999 todas as atribuições de regulação do setor foram reunidas no Ministério da Saúde.

O mercado de saúde suplementar atualmente é dividido em modalidades de Operadoras, definidos na legislação que regulamenta o setor:

- I – administradora;
- II – cooperativa médica;
- III – cooperativa odontológica;
- IV – autogestão;
- V – medicina de grupo;
- VI – odontologia de grupo;
- VII – filantropia;

3 Margem de Solvência

O termo solvência remete à capacidade da operadora de saúde de honrar seus compromissos financeiros.

Conforme Sales e Santos apud Almeida (2009), uma operadora de saúde é solvente se for capaz de cumprir suas obrigações em todos os seus contratos e em todas as circunstâncias razoavelmente previsíveis. Para tanto, deve manter um capital adicional às provisões técnicas que funciona como uma reserva adicional para oscilações não previstas pelas provisões.

Almeida (2009) assim define a margem de solvência:

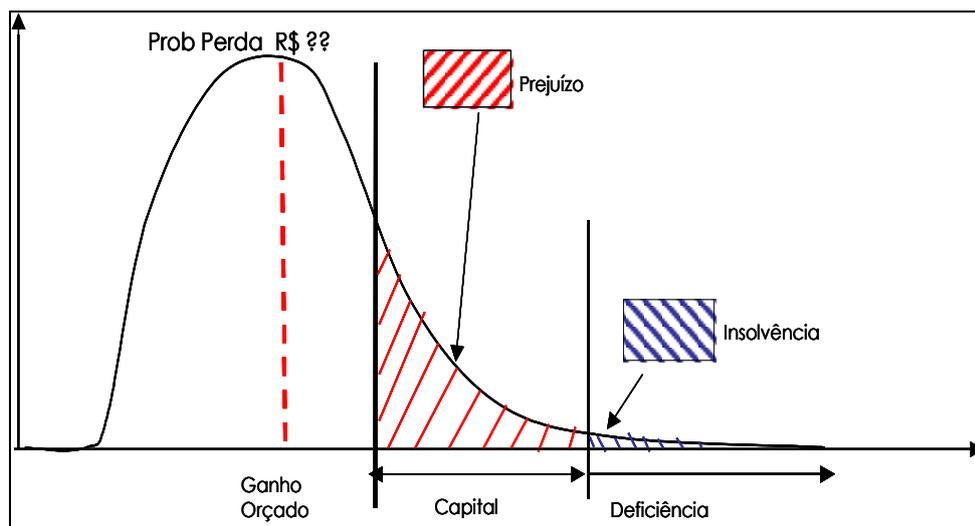
A margem de solvência é a disponibilidade líquida de uma operadora, isto é, é a parcela dos ativos que não estejam vinculados à cobertura de Provisões Técnicas. De uma forma simplificada, podemos dizer que uma operadora pode ser dita solvente se adicionado à sua MS, o fluxo de receitas futuras, ultrapassar o fluxo de desembolsos futuros, ou seja, a capacidade de honrar os compromissos futuros é a noção básica de solvência.

Martins (1994) cita três principais objetivos que devem estar relacionados com a solvência: continuidade, lucratividade e crescimento. A continuidade está relacionada com a capacidade de honrar os compromissos financeiros e se manter no mercado, continuar a

prestação de serviços. Já lucratividade e crescimento remetem à necessidade da empresa obter resultados satisfatórios através da sua operação, remunerando o capital do investidor e as necessidades de evolução do negócio. É importante ressaltar que quanto maior a operação maior a necessidade de margem de solvência, já que aumentam os riscos envolvidos.

O controle da solvência da OPS deve estar envolvido numa cultura de controles de riscos e gerencia de riscos.

A figura 1 a seguir ilustra a solvência associada à probabilidade de honrar os compromissos.



Fonte: ANS(2013) – Câmaras e Grupos Técnicos. Grupo Técnico de Solvência

Figura 1: Solvência associada à probabilidade de honrar compromissos

A área sob a curva não hachureada representa as perdas esperadas e devem ser cobertas pelas provisões técnicas. A área hachureada em vermelho representa a área a partir da qual há prejuízos que passam a ser suportados pelo capital. A área hachureada em azul indica a área de insolvência, onde a operadora não tem mais recursos para honrar os compromissos.

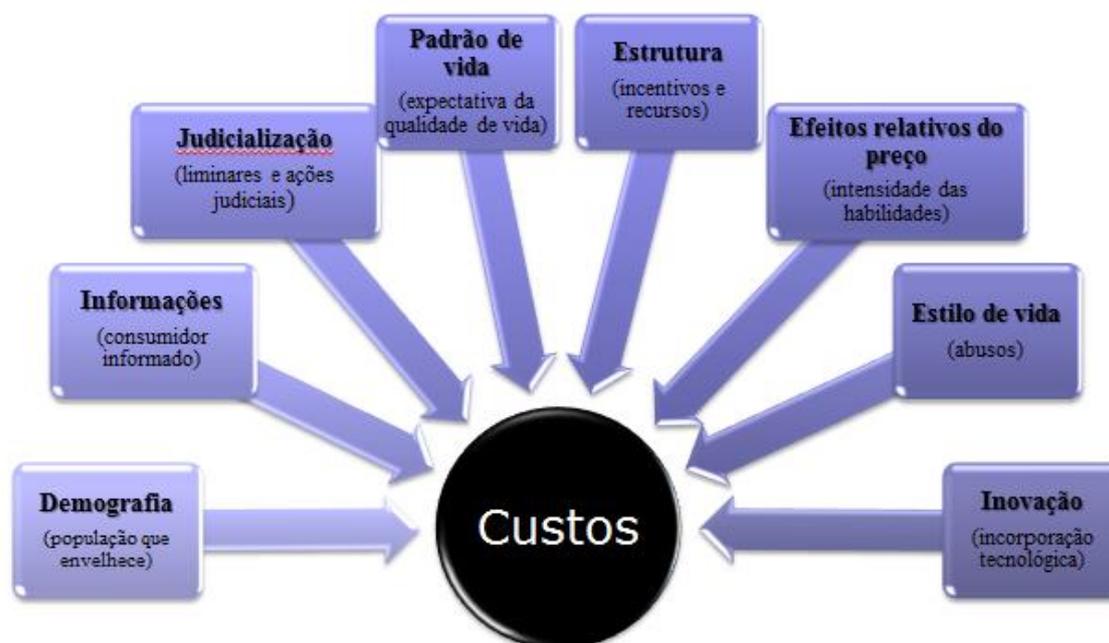
O capital para solvência portanto, é entendido de forma simplificada como um “colchão”, uma reserva adicional para cobertura de gastos não cobertos pelas provisões técnicas.

3 Custos Assistenciais

Segundo Kolbelt (2008) diversos fatores contribuem para o aumento dos custos de assistência médica.

Normalmente, o primeiro fator que vem à mente é a crescente população de idosos no mundo industrializado e as conseqüentes demandas por assistência médica e social de longo prazo, contudo, ainda segundo a autora, não é o aumento do número de nenhum dos grupos populacionais em si, mas a disposição e capacidade de prover muito mais tratamentos que está forçando a alta dos gastos em assistência médica.

Além dos fatores demográficos (envelhecimento da população) e inovação tecnológica na área médica, outros fatores ligados à melhora da qualidade de vida e acesso à informação elevam o custo assistencial das operadoras, conforme ilustra a figura 2.



Fonte: Kobelt, Gisela (2008) - adaptado

Figura 2: Principais fatores do crescimento dos custos de assistência médica

Para o gerenciamento dos custos de uma operadora de saúde, é necessário que se tenha os dados dos eventos agrupados de forma a garantir homogeneidade - os dados devem representar grupos que tenham características similares e segmentação.

Exemplos de Indicadores de gestão:

Sinistralidade – Relação do sinistro retido / premio emitido;

Frequência de utilização;

Despesa média;

Preço Médio;

Tempo médio entre a ocorrência de um evento e a comunicação para a operadora;

Tempo médio de liquidação de conta;

Tempo médio de recebimento;

As despesas assistenciais representam mais de 80% dos custos das operadoras de saúde. A taxa de sinistralidade expressa essa relação, como demonstra o quadro 1.

Operadoras médico-hospitalares	Receita (R\$)	Despesa assistencial (R\$)	Despesa administrativa (R\$)	Beneficiários	Taxa de sinistralidade (%)
Pequeno porte (até 20.000 beneficiários)	8.963.468.619	7.491.131.350	2.600.961.568	3.595.677	83,6
Médio porte (20.000 a 100.000 beneficiários)	22.291.760.956	18.959.516.845	3.697.698.274	12.243.073	85,1
Grande porte (acima de 100.000 beneficiários)	77.015.982.427	64.207.786.592	7.752.196.781	37.552.232	83,4
Total	108.271.212.002	90.658.434.787	14.050.856.623	53.390.982	83,7

Fonte: ANS (2014) – adaptado

Quadro 1: Taxa de sinistralidade por porte de operadora

Os custos ou despesas assistenciais podem ser segmentados de forma a facilitar a avaliação do impacto de cada item de despesa. Um exemplo de agrupamento é o utilizado pela ANS no Anexo II-A da RDC 28 e que subsidia a agência para acompanhamento do setor.

Operadoras médico-hospitalares

Despesas Assistenciais	Valores	Distribuição
Despesas médico-hospitalares	78.516.046.555	98%
Despesas odontológicas	1.533.321.537	2%
Despesas Assistenciais não especificadas	170.257.689	0%
Total	80.219.625.781	

Fonte: ANS (2014) - adaptado

Quadro 2: Despesas assistenciais de operadoras médico-hospitalares

Operadoras médico-hospitalares

Item de Despesa Assistencial	Valores	Distribuição
Despesas médico-hospitalares	78.516.046.555	97,9%
Consultas	13.935.069.395	17,7%
Exames	16.354.570.203	20,8%
Terapias	3.386.493.410	4,3%
Internações	32.060.749.411	40,8%
Outros atendimentos ambulatoriais	5.792.659.846	7,4%
Demais Despesas Assistencias	5.408.054.780	6,9%
SUS	380.965.587	0,5%
Eventos não avisados	1.197.483.923	1,5%
Despesas odontológicas	1.533.321.537	1,9%
Procedimentos odontológicos	1.224.666.706	79,9%
Demais Despesas Assistencias	248.580.869	16,2%
SUS	666.536	0,0%
Eventos não avisados	59.407.426	3,9%
Despesas Assistenciais não especificadas	170.257.689	0,2%
Total	80.219.625.781	

Fonte: ANS (2014) - adaptado

Quadro 3: Itens de despesa assistencial de operadoras médico-hospitalares

Os custos assistências de uma operadora tem relação direta com a necessidade de capital gerada pelos requisitos de margem de solvência. Os custos impactam no Patrimônio Líquido Ajustado (PLA), ou seja, quanto maiores os custos da operadora (sinistros, DA, Desp. Comerciais), menor será o PLA e conseqüentemente maior será a necessidade de capital para margem de solvência.

Como demonstrado no quadro 1, os custos assistências representam 83,7% do faturamento do mercado.

4 Avaliação da margem de solvência

Foi realizada uma pesquisa exploratória, com levantamento bibliográfico e levantados os dados contábeis necessários para o dimensionamento do Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência de 578 operadoras de saúde componentes da amostra. Para cada operadora a amostra foi calculada a margem de solvência pelos critérios vigentes, requeridos pela ANS e pelo modelo utilizado no mercado de seguros, regulado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, para o risco de subscrição.

4.1 Levantamento dos dados

Os dados utilizados no estudo foram extraídos do site do agente regulador, ANS, onde há um ambiente chamado Material para Pesquisa – Perfil do Setor – Dados e Indicadores do Setor, portanto são dados públicos.

Foram extraídas as variáveis abaixo, do banco de dados com base em Dezembro/2012, abrangendo as seguintes informações:

Variáveis	Base de dados
Modalidade	Operadoras com registro ativo – ANS Tabnet
Faixa de Beneficiários	Operadoras com registro ativo – ANS Tabnet
Receita	Receitas e Despesas – ANS Tabnet
Despesas Assistenciais	Receitas e Despesas – ANS Tabnet
Dados Contábeis	Demonstrações Contábeis
Registro ANS	Dados cadastrais das operadoras ativas na ANS
Razão Social	Dados cadastrais das operadoras ativas na ANS
UF	Dados cadastrais das operadoras ativas na ANS

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 4: Variáveis da Pesquisa

O universo amostral composto por todas as operadoras com registro ativo na ANS, é composto por 1.320 operadores, ilustrados na tabela a seguir:

Modalidade da Operadora	Total	Sem beneficiário	Com beneficiários
Administradora de benefícios	94	94	0
Autogestão	214	18	196
Cooperativa médica	325	5	320
Cooperativa odontológica	118	1	117
Filantropia	88	4	84
Medicina de grupo	387	39	348
Odontologia de grupo	299	57	242
Seguradora especializada em saúde	13	0	13
Total (Universo amostral)	1.538	218	1.320

Fonte: ANS (2013) - Caderno de Informações da Saúde Suplementar – Mar-2013

Quadro 5: Total de Operadoras com Registro Ativo

Para o presente estudo foram selecionadas as operadoras das modalidades medicina de grupo e cooperativas médicas. A exclusão das demais modalidades está explicada pelos motivos elencados a seguir:

I – Um recorte por atividade de prestação de serviços médicos excluiu do estudo as cooperativas odontológicas e as odontologias de grupo;

II – As administradoras de benefícios não são operadoras de planos privados de assistência à saúde, portanto não precisam atender aos requisitos de margem de solvência;

III – As empresas de autogestão e as filantrópicas não comercializam planos privados de assistência à saúde, não têm fins lucrativos e as garantias financeiras tem regras que diferem das demais operadoras, foram portanto, excluídas da amostra.

IV – As Seguradoras especializadas em saúde, são sociedades anônimas com maior nível de controles internos e corpo técnico mais especializado. As garantias financeiras para essa modalidade tem menor flexibilidade para constituição.

Total de Operadoras com beneficiários ativos	1.320
(-) Administradores de benefícios	0
(-) Autogestão	196
(-) Cooperativa odontológica	117
(-) Filantropia	84
(-) Odontologia de grupo	242
(-) Seguradora especializada em saúde	13
= Operadoras objeto de estudo	668

Fonte: ANS (2013) – dados da pesquisa

Quadro 6: Quantidade de Operadoras da Amostra

Durante o procedimento de cálculo, não foi possível apurar o PMA para 90 operadoras por falta de dados (UF, ou dados contábeis). Portanto essas 90 operadoras foram excluídas do estudo.

Porte	Modalidade		Total	Distrib.
	COOP	MEDG		%
P	148	154	302	52%
M	127	86	213	37%
G	36	27	63	11%
Total	311	267	578	100%

Fonte: ANS (dados secundários)

Quadro 7: Distribuição da amostra final por porte e modalidade

4.2 Procedimentos de cálculo

O modelo de capital baseado em risco do mercado de seguros, para a data base Dezembro de 2012, utiliza capitais adicionais baseados nos riscos de subscrição e crédito. Pela sua relevância no mercado de saúde suplementar, foi utilizado somente o risco de subscrição.

O normativo que disciplina a margem de solvência das operadoras de saúde é a RN 209, de 22 de Dezembro de 2009 que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, que dispõe em seu artigo 6º:

Art. 6º A Margem de Solvência corresponde à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, na forma da regulamentação do disposto no inciso I do artigo 22, para cobrir o maior montante entre os seguintes valores:

I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos doze meses: de 100% (cem por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço pós-estabelecido; ou

II – 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido.

§ 1º O percentual ponderador de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações/prêmios e dos eventos/sinistros em modalidade de preço

pós-estabelecido, previstos respectivamente, nos incisos I e II deste artigo, poderá ser substituído pelo percentual de inadimplência médio verificado pela OPS nos 12 (doze) meses anteriores à data de sua apuração, limitados a, no mínimo, 10% (dez por cento), desde que demonstrado e autorizado pela DIOPE.

A Margem de Solvência (MS) foi calculada para cada uma das 578 OPS's da seguinte forma:

$$MS = \max(0,20 \times Rec_{2012}; 0,33 \times desp_{media})$$

Onde:

Rec₂₀₁₂: Receita de contraprestações – base dez/2012;

Desp_{media}: Despesa média anual dos anos 2010, 2011 e 2012;

O Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA representa o valor mínimo do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social da OPS ajustado por efeitos econômicos

O PMA é calculado pela multiplicação de um fator k, definido na RN 209, em função do seguimento e região de comercialização da OPS pelo capital base.

O capital base atualizado é de R\$ 5.871.050,73 (cinco milhões, oitocentos e setenta e um mil, cinquenta reais e setenta e três centavos), conforme tabela a seguir:

Início de Vigência	Capital Base	IPCA Acumulado
jul/07	4.500.000,00	
ago/08	4.772.700,00	6,06%
jul/09	5.001.789,60	4,80%
jul/10	5.243.876,22	4,84%
jul/11	5.595.740,31	6,71%
jul/12	5.871.050,73	4,92%

Fonte: ANS (dados secundários)

Quadro 8: Atualização do Capital Base

Os dados cadastrais disponibilizados publicamente não permitem definir qual a segmentação e a região de comercialização de cada operadora.

Para aplicação do modelo de cálculo, foram definidas as seguintes premissas:

- Segmentação:
 - Cooperativas: SPS
 - Medicinas de Grupo: ST
- Região de Comercialização
 - Porte = P: Municipal
 - Porte = M: Grupo de Municípios ou Estadual
 - Porte = G: Estadual ou Nacional

A região de comercialização foi definida a partir da cidade sede.

O PMA_Calc Patrimônio Mínimo ajustado calculado é definido pela multiplicação do fator k pelo capital base:

$$[1] \text{ PMA_Calc} = \text{CB} \times \text{fator k}$$

Segmento	Segmento	Região de Comercialização					
		1	2	3	4	5	6
Seguradoras Especializadas em Saúde	1	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Medicina de Grupo/Filantropias - ST	2	100,00	74,19	48,39	25,81	18,06	10,32
Cooperativa Médica - ST	3	87,10	61,29	37,10	18,06	12,65	7,23
Medicina de Grupo/Filantropias - SSS	4	74,39	49,19	27,58	12,65	8,85	5,06
Cooperativa Médica - SSS	5	64,52	46,77	29,03	12,90	8,82	4,74
Autogestão	6	61,69	38,39	20,11	8,85	6,20	3,54
Medicina de Grupo/Filantropias - SSP	7	50,04	29,25	19,35	7,10	5,00	2,90
Cooperativa Médica - SSP	8	45,81	22,58	15,35	6,68	4,76	2,84
Medicina de Grupo/Filantropias - SPS	9	34,19	20,97	14,52	6,26	4,35	2,45
Cooperativa Médica - SPS	10	32,58	19,74	12,89	5,85	3,98	2,10
Medicina de Grupo/Filantropias - SPP e SPP/SUS	11	20,16	14,31	8,37	4,98	3,37	1,77
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	12	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47
Odontologia de Grupo - SOT	13	3,23	2,58	1,94	0,48	0,41	0,34
Cooperativa Odontológica - SOT	14	2,58	2,43	1,79	0,45	0,35	0,25
Odontologia de Grupo - SOM	15	2,40	2,03	1,48	0,39	0,30	0,20
Cooperativa Odontológica - SOM	16	2,35	1,90	1,21	0,34	0,26	0,19
Odontologia de Grupo - SOP	17	2,31	1,76	0,94	0,29	0,23	0,18
Cooperativa Odontológica - SOP	18	2,03	1,35	0,61	0,23	0,20	0,16
Administradora	19	2,00	1,30	0,50	0,20	0,18	0,15

Fonte: Baseado na Resolução Normativa nº 209

Quadro 9: Tabela do fator k

O PMA_Ajust é definido como o Patrimônio Líquido ajustado por fatores econômicos:

	Descrição	Conta Contábil
A	Patrimônio Líquido/Patrimônio Social	25
B (+)	Diferença entre Peona Contabilizada e Peona Exigida para fins de apuração do patrimônio	
C (+)	Obrigações Legais classificadas no passivo não circulante	23131 231329100 2314
D (-)	Participações diretas ou indiretas em entidades reguladas pela ANS, SUSEP, BACEN e SPC	1322
E (-)	Parcela do ativo referente à transferência da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais ocorrida nos termos do art. 4º da IN-DIOPE nº 20, de 2008, c/c IN/DIOPE nº 39	1319
F (-)	Créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de IR e bases negativas de contribuição social	
G (-)	Despesa de Comercialização Diferida	1.315
H (-)	Despesas Antecipadas	128
I (-)	Ativo não circulante permanente intangível, exceto o montante referente a gastos com aquisição de carteira de plano de assistência à saúde e com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos de doenças aprovados.	134 134119710 134119950
J (-)	Ressarcimento ao SUS	

Patrimônio Apurado com Ajustes para MS e PMA A+B+C-D-E-F-G-H-I-J

Quadro 10: Ajustes no Patrimônio pra apuração do Patrimônio Mínimo Ajustado

$$[2] = \text{PMA_Ajust} = A+C-D-E-G-H-I$$

A adequação ao PMA – Patrimônio Mínimo Ajustado é aferido por:

$$[1] - [2]$$

A suficiência da MS – Margem de Solvência foi apurada pela diferença entre o PMA_Ajust e a MS.

A ANS, através da RN 313, de 23 de novembro de 2012 determina que as OPS's constituam 35% da margem de solvência em Dezembro de 2012, nossa base de estudo:

I – Até dezembro de 2012: 35% do valor da MS, calculada nos termos do art. 6º desta Resolução;

$$\text{Suficiência}_{35\%} = \text{PMA_ajust} - (\text{MS} * 0,35)$$

4.3 Parâmetros do modelo de capital baseado em risco adotado pelo mercado de seguros

Para aplicação do modelo de capital baseado em risco, considerando o risco de subscrição, foi realizado o seguinte percurso:

A fórmula de cálculo, de acordo com o anexo VI da Circular SUSEP 411/10 é a apresentada a seguir:

$$CA_{\text{subs}} = \sqrt{\sum_{i=1}^{51} \sum_{j=1}^{51} (f_i^{\text{prem}} \cdot \text{premio}_i^m) (f_j^{\text{prem}} \cdot \text{premio}_j^m) \rho_{ij}^{\text{prem}} + \sum_{k=1}^{17} \sum_{l=1}^{17} (f_k^{\text{prov}} \cdot \text{sinistro}_k^m) (f_l^{\text{prov}} \cdot \text{sinistro}_l^m) \rho_{kl}^{\text{prov}}}$$

Sendo:

- Premio e Sinistro : utilizados dados contábeis das operadoras;
- Região de atuação : definido em função da UF da sede;
- Classe de Negócio : 17 – Outros

Os fatores de risco e correlação utilizados foram os definidos pela Susep para a classe de negócios e região de atuação utilizados.

O Capital Mínimo Requerido é definido como o maior valor entre o Capital Base, o Capital Adicional e a Margem de Solvência.

$$CMR = \max(CB; CA; MS)$$

- CB : Capital Base = o mesmo do modelo ANS;
- MS : Margem de Solvência = o mesmo do modelo ANS;
- CA : CASubs = Capital Adicional do risco de Subscrição

Por analogia, foi calculado a suficiência considerando 35% da Margem de Solvência

$$\text{Suficiência}_{35\%} = \text{CMR} - (\text{MS} * 0,35)$$

5 Resultados

Os resultados mostraram que considerando 35% da margem de solvência, já que a base de dados é de 31/12/2012, temos que:

Das Cooperativas Médicas:

- 270 operadoras (87%) atendem aos requisitos de solvência, ou seja, há suficiência de margem de solvência, o seu Patrimônio Líquido Ajustado é maior do que a Margem de Solvência calculada;

Das Medicinas de Grupo:

- 204 operadoras (76%) atendem aos requisitos de solvência, ou seja, há suficiência de margem de solvência, o seu Patrimônio Líquido Ajustado é maior do que a Margem de Solvência calculada;

O capital mínimo requerido de acordo com a legislação aplicada ao mercado de seguros foi calculado também para as 578 operadoras da amostra. Na análise o capital mínimo requerido foi chamado de requisitos de solvência para o para facilitar a comparação dos dados. Foram encontrados os seguintes resultados:

Das Cooperativas Médicas:

- 264 operadoras (85%) atendem aos requisitos de solvência, ou seja, há suficiência de margem de solvência, o seu Patrimônio Líquido Ajustado é maior do que a Margem de Solvência calculada;

Das Medicinas de Grupo:

- 180 operadoras (67%) atendem aos requisitos de solvência, ou seja, há suficiência de margem de solvência, o seu Patrimônio Líquido Ajustado é maior do que a Margem de Solvência calculada;

Os valores de margem de solvência calculados pelo modelo SUSEP, apontam para uma maior necessidade de capital, para 30 operadoras, que representam 5% da amostra.

O subgrupo das medicinas de grupo de pequeno porte seriam as mais impactadas se adotado o modelo de capital baseado em risco, considerando o risco de subscrição, utilizado atualmente no mercado segurador. 15 operadoras sairiam da condição de enquadradas para a condição de desenquadradas quanto à suficiência de Margem de solvência.

6 Considerações finais e sugestões para estudos futuros

A margem de solvência não é uma provisão técnica (passivo). É a exigência de que a operadora tenha um valor de patrimônio líquido ajustado (por fatores econômicos) superior ao valor correspondente à margem de solvência, que é determinada pelo maior valor entre:

- 0,20 vezes as receitas (contraprestações) dos últimos 12 meses; e
- 0,33 vezes a média anual dos últimos 36 meses de sinistros (eventos).

Logo, essa necessidade de capital está diretamente relacionada aos custos assistenciais da operadora, mesmo quando o que prevalece é o múltiplo dos prêmios.

Pela regra vigente, se uma operadora tem um evento de alto custo, um ponto fora da curva para a sua experiência, esse evento será refletivo na sua margem de solvência por 36 (trinta e seis) meses, já que a medida estatística utilizada é a média, afetada por valores extremos.

As operadoras podem lançar mão de procedimentos administrativos/gerenciais para controle e acompanhamento dos seus custos:

- Definição de parâmetros ou protocolos de autorização de eventos;
- Procedimentos de auditoria de contas médicas;
- Monitoramento de internações de alto custo e alta permanência;
- Gerenciamento de casos crônicos
- Práticas de medicina preventiva
- Realizar uma análise epidemiológica da carteira, estratificando os beneficiários por perfil de complexidade e por score de utilização x ranking de gastos.

Contudo, os custos em saúde, ou seja os eventos cobertos, são variáveis aleatórias e não se tem controle sobre eles a priori. A formação de preços está baseada nas ciências

atuariais e na estatística, na “lei dos grandes números” e a incerteza inerente aos dados quando se tem pouca informação (base reduzida de beneficiários, como é o caso das operadoras de pequeno porte) é muito grande.

Os mecanismos de gestão de custo normalmente utilizados não são suficientes, nas operadoras de pequeno porte para mitigar esse problema estrutural de grande exposição ao risco de variação no valor dos sinistros.

Como sugestão para estudos futuros se propõe a discussão da criação de mecanismos de repasse de risco, como existe a figura do resseguro para seguradoras, ou fundos entre grupos de operadoras que possam suportar esses eventos de alto custo e assim diminuir a incerteza com relação aos seus fluxos de pagamentos futuros.

O maior impacto de na solvência de operadoras de pequeno porte se adotado o modelo de capital baseado em risco, evidencia essa maior volatilidade dos eventos.

Também como sugestão para estudo futuro se propõe o desenvolvimento de um modelo que avalie a necessidade de margem de solvência através de cálculo por modelo interno, levando em consideração a volatilidade dos valores de sinistros de uma operadora, ou de um grupo de operadoras.

A margem de solvência é um capital adicional às provisões técnicas que funciona como uma reserva adicional para oscilações não previstas pelas provisões.

A comparação de um modelo não padronizado, que considera a volatilidade da carteira em risco com o modelo padronizado dirá se o mesmo é aderente ou não aos objetivos propostos, ou seja, garantir que a operadora possa cumprir suas obrigações em todos os seus contratos e em todas as circunstâncias razoavelmente previsíveis.

Referências

ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital Baseado em Risco: Uma abordagem para operadoras de planos de saúde.** Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal Fluminense, 2008. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes/O_capital_baseado_em_risco.pdf. Acessado em 15 jan 2011

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Março de 2013** – Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes06_caderno_informacao.pdf > Acesso em 18 ago 2014

_____- Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Junho de 2014** – Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2013_mes03_caderno_informacao.pdf > Acesso em 08 mai 2013

_____- Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Câmaras e Grupos Técnicos. Grupo Técnico de Solvência.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/1969-grupo-tecnico-de-solvencia> > acesso em 18 abr 2013.

_____, Congresso Nacional. **Lei 9.656**, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=234 – Acessado em 15 jan 2011.

_____, Congresso Nacional. **Lei 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>– Acessado em 15 jan 2011.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 209**, de 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1571>. Acessado em 20 jun 2012.

FERREIRA, Paulo Pereira. **Modelos de Precificação e Ruína para Seguros de Curto Prazo**. Rio de Janeiro, Funenseg: 2005

FERREIRA, Paulo Pereira. **Aspectos Atuarias e Contábeis das Provisões Técnicas**. Rio de Janeiro, Funenseg: 2009

IAA. **A Global Framework for Insurer Solvency Assessment: A Report by the Insurer Solvency Assessment Working Party of the International Actuarial Association**. pag 7: IAA. 2004. Disponível em: http://www.actuaries.org/LIBRARY/Papers/Global_Framework_Insurer_Solvency_Assessment-members.pdf Acesso em mai 2012.

KOBELT, Gisela. **A Economia da Saúde: uma Introdução À Avaliação Econômica**. Office Helth Economic. 2008

MONTONE, Januário. **Evolução e Desafios da Regulação da Saúde Suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) – Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdE_ditorialANS_Serie_ans_vol_4.pdf > acesso em 15 jan 2011.

SILVA, Adriana Barbosa Sousa Silva. **Capital baseado em risco no mercado de saúde suplementar do Brasil: análise de impacto se adotado o modelo praticado no mercado de seguros**. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP – São Paulo - SP.