



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

MESTRADO PROFISSIONAL
GESTÃO ORGANIZACIONAL EM SAÚDE

JOSIANE CORREIA DE SOUZA CARVALHO

O efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras de saúde no Brasil

Ribeirão Preto

2023



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

JOSIANE CORREIA DE SOUZA CARVALHO

O efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras de saúde no Brasil

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Universidade de São Paulo como parte das exigências para obtenção do título de ao Programa de Mestre em Gestão Organizacional em Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Mariana Simões Ferraz do Amaral Fregonesi

Ribeirão Preto

2023



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

FICHA CATALOGRÁFICA

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Carvalho, Josiane Correia de Souza

O efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras de saúde no Brasil. Ribeirão Preto, 2023.

61 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Programa: Mestrado Profissional Gestão de Organizações de Saúde

Orientadora: Fregonesi, Mariana Simões Ferraz do Amaral.

Coorientador: Marques, Reinaldo Antônio Gomes.

1.Saúde Suplementar. 2.Risco Financeiro. 3.Resseguros.
4.Capital Baseado em Riscos. 5.Capital Regulatório. 6.Solvência.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Nome: CARVALHO, Josiane Correia de Souza

Título: O efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras de saúde no Brasil

Dissertação apresentada à Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão Organizacional em Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Presidente Profa. Dra. Mariana do Amaral Fregonesi

Instituição: FEA-RP/USP

Julgamento: _____

Presidente Prof. Dr. João Vinícius de França Carvalho

Instituição: FEA-SP/USP

Julgamento: _____

Presidente Prof. Dr. Rafael Confetti Gatsios

Instituição: FEA-RP/USP

Julgamento: _____



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

PESQUISADORES ENVOLVIDOS

PESQUISADOR 1 – Josiane Correia de Souza Carvalho. Aluna do Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde na Universidade de São Paulo – USP. Graduada em Ciências Atuariais pela Universidade Feral de Alfenas.

Envolvimento no Projeto: Pesquisadora

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7665976053748322>

PESQUISADOR 2 – Mariana Simões Ferraz do Amaral Fregonesi. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde na Universidade de São Paulo – USP. Doutorado em Controladoria e Contabilidade pela Universidade de São Paulo.

Envolvimento no Projeto: Orientadora

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1223081478705327>

COLABORADOR 1 – Reinaldo Antônio Gomes Marques. PhD pelo Departamento de Atuária e Estatística da Universitetet i Oslo, Noruega e Research Fellow no Statistics for Innovation Center. Possui experiência em análise de dados com ênfase em Atuária na saúde suplementar por meio de métodos computacionais.

Envolvimento no Projeto: Consultor de métodos computacionais em atuária na saúde suplementar. Auxiliará na revisão do código para o cálculo do prêmio de resseguro.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7784320570496770>



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me concedeu sabedoria, força e dedicação para concluir mais esta etapa.

Agradeço a minha mãe, Lenice e ao meu pai Rinaldo, por sempre me apoiarem e incentivarem.

Agradeço aos meus avós, Valdomira e Eujácio, que ainda estavam vivos no início deste sonho, na certeza de que, estão em paz e orgulhosos.

Agradeço a minha orientadora, Mariana e ao coorientador Reinaldo por todo suporte na elaboração do trabalho.

Agradeço ao meu diretor, Julio Paim, por me inspirar e auxiliar no meu desenvolvimento.

Agradeço à contribuição da banca de qualificação e defesa pelas contribuições.

Agradeço a todos os meus amigos que tornaram esta jornada mais leve.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

RESUMO

CARVALHO, J.C.S. **O efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras de saúde no Brasil**. 2023. Dissertação Mestrado profissional em Gestão de Organizações de Saúde, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A saúde suplementar no Brasil é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e é um sistema paralelo ao público, onde há atuação Sistema Universal de Saúde (SUS). O mercado de saúde suplementar abrange cerca de 24% dos brasileiros segundo dados do órgão regulador do setor, o que demonstra a relevância deste segmento. O resseguro é uma ferramenta que se propõe a auxiliar na manutenção o equilíbrio financeiro e atuarial de entidades ao promover a mitigação dos riscos e com a publicação da CNSP nº 380/2020, alguns segmentos da saúde suplementar podem utilizá-lo. O objetivo desta pesquisa é analisar o efeito do resseguro na solvência das operadoras de saúde, para isto serão realizados cálculos avaliando o efeito do resseguro no capital baseado em riscos (CBR) das operadoras de saúde por meio da fórmula padrão de cálculo individual do CBR através das demonstrações contábeis e inserção de resseguro. O que permitiu concluir que apenas a contratação de resseguro acarreta automaticamente em uma redução no CBR. Considerando o resseguro quota parte de 30% pode-se notar que a redução média do CBR foi de 26,01%, contudo, a mediana do setor indica que pelo menos para 50% das operadoras ao ceder 30% dos prêmios, além de ressarcir 30% dos eventos, também aumenta a taxa de suficiência em percentual superior a cessão dos prêmios e eventos. Para 35% das operadoras que apresentaram insuficiência, a contratação do resseguro foi suficiente para alterar a situação de insuficiência de Patrimônio Líquido ajustado. Para as operadoras que não conseguiram alterar a situação de insuficiência a contratação do resseguro reduziu a necessidade de aumento de patrimônio líquido em 65%, o que demonstra a amplitude do efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Risco Financeiro; Resseguros; Capital Baseado em Riscos; Capital Regulatório; Solvência.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ABSTRACT

CARVALHO, J.C.S. **The effect of reinsurance on the regulatory capital of health insurance companies in Brazil.** 2023. Dissertação Mestrado profissional em Gestão de Organizações de Saúde, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Supplementary healthcare in Brazil is regulated by the National Supplementary Health Agency (ANS), and is a system parallel to the public one, where the Universal Health System (SUS) operates. The supplementary healthcare market covers around 24% of Brazilians according to data from the sector's regulatory body, which demonstrates the relevance of this segment. Reinsurance is a tool that aims to help maintain the financial and actuarial balance of entities by promoting risk mitigation and with the publication of CNSP n° 380/2020, some segments of supplementary health can use it. The objective of this research is to analyze the effect of reinsurance on the solvency of healthcare providers. For this purpose, calculations will be carried out evaluating the effect of reinsurance on the risk-based capital (CBR) of healthcare providers using the standard CBR individual calculation formula through of financial statements and insertion of reinsurance. This allowed us to conclude that only taking out reinsurance automatically leads to a reduction in the CBR. Considering the reinsurance share of 30%, it can be noted that the average reduction in the CBR was 26.01%, however, the sector median indicates that for at least 50% of operators, when ceding 30% of the premiums, in addition to reimbursing 30% of events also increases the sufficiency rate by a higher percentage than the granting of prizes and events. For 35% of the operators that presented insufficiency, taking out reinsurance was enough to change the situation of insufficient adjusted Net Equity. For operators that were unable to change their insufficiency situation, taking out reinsurance reduced the need to increase net equity by 65%, which demonstrates the magnitude of the effect of reinsurance on the regulatory capital of health operators in Brazil.

Keywords: Supplementary Health; Financial Risk; Reinsurance; Capital Compared to Risks; Regulatory Capital; Solvency.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LISTA DE SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CB	Capital Base
CBR	Capital Baseado em Riscos
CBRC	Capital Baseado no Risco de Crédito
CBRS	Capital Baseado no Risco de Subscrição
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CR	Capital Regulatório
GRU	Guia de Recolhimento da União
HC	Histórico de Cobrança
IRB	Instituto de Resseguro do Brasil
PEONA	Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados
PESL SUS	Provisão de Eventos e Sinistros a Liquidar do Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde
PLA	Patrimônio Líquido Ajustado
RN	Resolução Normativa
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência Geral de Seguros Privados



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Sumário

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE SIGLAS.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Objetivos.....	14
1.2. Justificativa.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1. Evolução regulatória dos mercados de seguros e assemelhados.....	16
2.2. Saúde Suplementar.....	18
2.3. Capital Regulatório.....	19
2.4. Resseguro No Âmbito Da Saúde Suplementar.....	22
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
3.1. Desenho Do Estudo.....	28
3.2. Bases De Dados.....	29
3.3. Definição das variáveis.....	31
4. RESULTADOS.....	42
4.1. Perfil do mercado de saúde suplementar e resseguro saúde.....	43
4.2. Análise do cenário 1.....	45
4.3. Análise do cenário 2.....	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	58
ANEXOS.....	63
Anexo I- Fluxograma do desenho da metodologia.....	63



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

12

1. INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde no mundo é muito heterogênea e depende das especificidades de cada país. Alguns países possuem sistemas públicos, outros sistema de seguro social obrigatório e outros ainda, apenas sistema privado. A saúde suplementar no Brasil é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e é um sistema paralelo ao público, onde há atuação Sistema Universal de Saúde (SUS).

A Lei n. 9.656/1998 é um marco no sistema de saúde suplementar brasileiro e dispõe de diversas prerrogativas, dentre elas, em seu artigo 35-M, há previsão da possibilidade de contratação de resseguro pelas operadoras de saúde (BRASIL, 2023a).

A resolução 168 elaborada em 2007 pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), define o resseguro como uma operação de transferência dos efeitos econômicos dos riscos de uma cedente, com vistas a sua própria proteção frente aos riscos assumidos, o que faz com que seja uma importante ferramenta em segmentos que gerenciam riscos (BRASIL, 2023b).

Por muito tempo, o resseguro foi resumido de uma forma simplória como o seguro da seguradora, por ser uma ferramenta de compartilhamento de riscos para mercados que realizam a gestão de recursos de terceiros, como ocorre no caso das seguradoras e das operadoras de saúde.

Embora houvesse a prerrogativa na Lei n. 9.656/1998 para contratação de resseguro pela pessoa jurídica constituída sob a modalidade de cooperativa ou entidade de autogestão, que opere planos e seguros privados de assistência à saúde, a edição da Lei complementar n.126/2007, trouxe como definição de cedente apenas as sociedades seguradoras, o que fez com que no âmbito da saúde suplementar, apenas as operadoras constituídas sob a forma de entidades seguradoras fossem autorizadas a contratação de resseguro (BRASIL, 2023c).

Entretanto, o resseguro no contexto da saúde suplementar ganhou novas diretrizes em 9 de março de 2020 com a publicação da Resolução CNSP n°380/2020,



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

13

na qual se definiu que se equiparam à sociedade seguradora as sociedades cooperativas autorizadas a operar em seguros privados, que contratam a operação de resseguro, ou seja, as cooperativas médicas passaram a possuir permissão para a contratação de resseguro (BRASIL, 2023d).

De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dezembro de 2021 cerca de 47 milhões de pessoas possuem plano de saúde médico-hospitalar, 37% destes possuem planos de saúde na modalidade de cooperativas médicas, já as seguradoras especializadas em saúde compõem 12% do total de beneficiários. Um ponto importante de destaque é que a alteração na resolução permite o acesso a esta ferramenta de compartilhamento de riscos, por tais cooperativas, que contemplam maior representatividade do mercado de saúde suplementar.

O resseguro é uma ferramenta que pode auxiliar na manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial, contudo, é uma operação que, pode não ser financeiramente viável para as operadoras de saúde.

Avaliar a viabilidade do resseguro na saúde suplementar por meio do efeito da contratação no capital regulatório das operadoras é relevante, uma vez que este capital é o mínimo de patrimônio líquido ajustado que as operadoras de saúde devem manter para manterem a autorização da ANS para operar.

Ao avaliar uma metodologia capaz de captar o efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras, será possível que o mercado e cada operadora individualmente, avaliem se a operação com resseguro é eficiente conforme as características particulares de cada segmento do setor.

Enquanto órgão regulador do sistema de Saúde Suplementar a ANS tem como uma de suas atribuições a avaliação da situação econômico-financeira das operadoras de saúde e uma das formas que utiliza para isto é por meio da definição do valor mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado que deve ser mantido para que as operadoras se mantenham ativas. Este valor é chamado de Capital Regulatório.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

14

1.1. Objetivos

Primários

1. O objetivo deste trabalho é analisar o efeito do resseguro na solvência das operadoras de saúde no Brasil.

Secundários

1. Avaliar o efeito do resseguro na exigência de Capital Regulatório das operadoras de saúde no Brasil.
2. Avaliar se a contratação de resseguro pode alterar a situação de insuficiência de Capital Regulatório das operadoras de saúde.
3. Identificar e analisar possível diferença nos resultados quando se compara diferentes modalidades de operadoras.

1.2. Justificativa

A regulamentação proposta pela CNSP nº380/2020 possibilita pela primeira vez a contratação de resseguro para algumas modalidades de operadoras de saúde, o que resulta em uma escassez do tema na literatura brasileira e justifica a relevância da pesquisa (BRASIL, 2023d). Embora exista na literatura internacional avaliações quanto ao resseguro no mercado de saúde, há particularidades no modo organizacional neste no contexto brasileiro, o que reforça a importância de avaliações com base nos dados e experiências das operadoras de saúde no Brasil, (DEELSTRA; PLANTIN, 2014; DROR, 2001; LAYTON; MCGUIRE; SINAICO, 2016; ZHU *et al.*, 2013).

Ainda que a resolução trate apenas das seguradoras e das cooperativas médicas, nesta pesquisa foram abordadas todas as modalidades do mercado de saúde suplementar. Outro ponto importante é o fato de que o tema trata especificamente da saúde suplementar, mas, os benefícios e impactos não se restringem apenas a este segmento, isto porque o modelo privado de saúde atende uma parcela da população e



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

15

auxilia o Sistema Único de Saúde- SUS, de forma que para a manutenção do SUS é importante a existência e sustentabilidade das operadoras.

Quanto ao âmbito legal, apenas em 1998 com a Lei n. 9.656/1998, houve a regulamentação do setor de planos de saúde, que incluiu uma série de normas ao mercado (BRASIL, 2023a). De acordo com Santos, Malta e Mhery (2008, p.1471), um dos exemplos foi a adoção do rol de procedimentos, que resultou em um novo formato de contratos e uma nova forma de operação para o setor, ou seja, a previsibilidade de gastos deixou de ser um mecanismo de controle e passou a ser um mecanismo de gestão da atenção à saúde.

O setor de saúde suplementar é paralelo ao SUS, e sua abrangência é significativa frente aos gastos com saúde. De acordo com Ocké-Reis (2015, p. 1351-1352), o gasto total em saúde no Brasil correspondia a 9% do Produto Interno Bruto, mas, apenas 47% originam-se da despesa pública. Desta forma, mais de 50% dos gastos com saúde são ofertados pelo setor privado, seja por financiamento direto ou por meio das operadoras de saúde.

A redução do resultado líquido do setor de saúde suplementar em 2022, a implementação de novas tecnologias cobertas pelos de saúde e as discussões sobre a característica do rol ser taxativo ou exemplificativo (Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7088, 7183 e 7193 e Arguição De Descumprimento De Preceito Fundamental (ADPF) 986 e 990, ratificam a necessidade de ferramentas de gestão de risco, visto que a previsibilidade de custo tem se tornado cada vez mais incerta.

Segundo Machado (2022, p. 25), uma das teses a favor do rol exemplificativo defende que um regulamento não pode restringir o direito de acesso à saúde do consumidor, em contrapartida os que defendem o rol taxativo alegam desequilíbrio econômico-financeiro-atuarial em razão da imprevisibilidade que a manutenção da flexibilização do rol traz consigo. Sendo assim, este tema é atual e suas implicações podem ter efeitos cuja uma das formas de gerenciamento seja o resseguro.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

16

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Evolução regulatória dos mercados de seguros e assemelhados

Em 1974 foi instituído o Comitê de Basileia com objetivo de aumentar a estabilidade financeira por meio da melhoria da qualidade de supervisão bancária no mundo. Impulsionado pela crise da dívida dos países latino-americanos, em 1988 foi aprovado pelo comitê de Basileia um sistema de mensuração do capital conhecido como Acordo de capital de Basileia.

No acordo, buscava-se uma maior convergência na medição da adequação do capital do sistema bancário. O cálculo de adequação de capital considerou as provisões gerais ou reservas gerais para perdas com empréstimos, ou seja, inicialmente o acordo contemplava os efeitos das exposições de crédito dos bancos.

Em 1996, o Comitê realizou adequações para considerar outros riscos além do risco de crédito, houve então a emenda de risco de mercado, um aspecto importante é que a partir deste momento os bancos foram pela primeira vez autorizados a usar modelos internos para medir seus fatores de risco de mercado, sujeitos a rígidos padrões quantitativos e qualitativos.

O setor segurador sofre influência do setor bancário uma vez que muitos produtos podem ser considerados bancários e securitários, por consequência, muitos grupos têm atividades nos dois ramos. Na década de 90 foi fundada a International Association of Insurance Supervisors – IAIS, da qual a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS faz parte. Essa associação tem o objetivo uniformizar a supervisão de seguros, incluindo os de saúde (ANS, 2021).

A partir de então, a evolução do mercado segurador se espelhou muito no mercado bancário, a diretiva 2009/138/CE, conhecida como solvência II, já considerava pilares semelhantes ao segundo acordo de Basileia (BASEL COMMITTEE ON BANKING SUPERVISION, 2006), de modo que a supervisão passa a não se apoiar apenas em



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

17

requisitos quantitativos, mas considera também processos de governança e transparência dos supervisionados.

No Brasil, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) iniciou estudos para implementação de requerimentos de capital baseado em riscos em 2004 e concluiu que o risco de subscrição seria o de maior impacto para o setor e iniciou o desenvolvimento de metodologia de solvência considerando esse risco. Em 2008 o CBR entrou em vigor e posteriormente foram complementadas as parcelas referentes ao capital de risco de crédito, mercado e operacional.

No cenário internacional, a National Association of Insurance Commissioners (NAIC) é o órgão regulador do setor de seguros, incluindo seguro saúde, e dentre suas funções também está inclusa a responsabilidade de garantir que os regulados possam cumprir suas obrigações financeiras com os segurados. Uma maneira de fazer isso é impondo um requisito de capital baseado em risco (RBC).

Segundo McCue (2017, p. 758) embora a NAIC tenha definido o padrão de referência de 2,0 para medida de solvência, o índice das operadoras sem fins lucrativos é de 3,7, ou seja, superior ao padrão exigido demonstrando boa solvência do setor. Este é um resultado interessante pois, ainda que em proporções diferentes da forma que ocorre no cenário internacional, as cooperativas médicas também são entidades sem fins lucrativos, sendo um parâmetro de comparação para o cenário brasileiro.

Já Baranoff e Sager (2002, p. 1195) ao explorar as inter-relações entre capital e ativo pós a implementação do Risk Based Capital – RBC indicam que as seguradoras de vida com maior concentração em subscrições de saúde arriscadas têm índices de capital mais baixos e maior risco de ativos do que as seguradoras de vida com menor exposição em produtos de saúde. O que pode sugerir que por serem cooperativas médicas e uma vez que este estudo trata de um período pós implementação do Capital Baseado em Riscos o movimento de maior risco de ativos ao invés de capital regulatório mais elevado também pode ser uma realidade no contexto brasileiro.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

18

2.2. Saúde Suplementar

A Saúde Suplementar compreende os planos, seguros e serviços de saúde privados, oferecidos em contrapartida pagamentos de mensalidades a fim de garantir a assistência à saúde dos beneficiários. Contudo, há casos de operadoras que chegaram a liquidação judicial por não conseguirem equilibrar as receitas de mensalidades e suas despesas na prestação de serviços.

Para Leal e Matos (2009, p. 448), os problemas principais no setor estão relacionados com a evolução dos custos assistenciais em saúde, que possui dois componentes: a variação dos custos médios e a variação das quantidades associadas principalmente devido ao aumento da incorporação tecnológica e ao envelhecimento da população (alterações demográficas), ou seja, conforme a população fica mais envelhecida e há incorporação de tecnologia na saúde há um aumento nos custos assistenciais.

Entre as despesas das operadoras os custos assistenciais, segundo Borges, Abrão e Almeida (2005, p. 54), representam mais de 80% de toda a despesa, portanto, é um importante ponto a ser avaliado no âmbito da gestão de riscos.

Os custos assistenciais estão relacionados aos procedimentos que são cobertos pelos planos de saúde, em função da aprovação da lei que trata o rol como exemplificativo, cenário que conforme discutido na justificativa aumenta ainda mais o grau de incerteza relacionado aos custos assistenciais e, portanto, à solvência das operadoras.

A ANS exige uma série de normas regulatórias que visam não somente à ampliação de rol de coberturas contratuais aos beneficiários, mas também à constituição de reservas financeiras que garantam o pagamento da rede prestadora de serviços em saúde, segundo Silva (2023), esses fatos têm impactado a capacidade de geração de resultados das operadoras.

Além do órgão regulador, outro agente tem grande influência no setor, pois na Constituição Federal a saúde é um direito regulado por quatro longos artigos



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

19

constitucionais que descrevem os contornos gerais da política pública e da oferta privada destes serviços, além de ser citada outras 62 vezes no documento o que tem aumentado as discussões do tema nos tribunais, fenômeno denominado de judicialização, que também representa um desafio para as operadoras de saúde.

De acordo com Ayres et al. (2019), no período de 2008 a 2017 os relatórios “Justiça em Números” do CNJ apontam um crescimento de 50% no número total de processos em primeira instância, no mesmo período houve um crescimento acentuado de aproximadamente 130% no número de demandas anuais de primeira instância (Justiça Estadual) relativas ao direito à saúde. Wang et al. (2023) destacam que o judiciário pode se sobrepôr à regulação e entrar em conflito com a ANS ao criar exceções não previstas, fixar interpretações divergentes daquelas da agência, ou negar a aplicação de uma norma por entender que ela conflita com outra de natureza mais geral (por exemplo, a Constituição Federal ou o Código de Defesa do Consumidor).

De acordo com Wang et al. (2023) o judiciário também pode se sobrepôr à regulação e entrar em conflito com a ANS ao criar exceções não previstas, fixar interpretações divergentes daquelas da agência, ou negar a aplicação de uma norma por entender que ela conflita com outra de natureza mais geral (por exemplo, a Constituição Federal ou o Código de Defesa do Consumidor).

Embora exista esta intervenção do judiciário, é da ANS um dos principais papéis do setor, o de tomar medidas preventivas assim que situações que indiquem insolvência se manifestarem. Nesse sentido, diversos indicadores são utilizados a fim de apontar a situação econômica das operadoras de saúde, dentre eles o capital regulatório, que é uma das medidas utilizadas pelo setor.

2.3. Capital Regulatório

Uma das formas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, regular o mercado é limitando o endividamento das operadoras, através da definição do limite



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

20

mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado, que as operadoras devem observar a qualquer tempo. Este valor é denominado Capital Regulatório.

Segundo a ANS, em 2013 houve a criação de um grupo de trabalho composto por representantes do setor, da ANS e reguladores de setores correlatos como o de seguros e bancário, com o objetivo de discutir as regras de solvência na saúde suplementar, e posteriormente houve a criação da Comissão Permanente de Solvência (CPS) para tratar do tema (BRASIL, 2021).

Ao estudar o mercado, a CPS aponta que com base nas experiências dos outros mercados, é extremamente importante que as operadoras de saúde provisionem quantias referentes aos compromissos futuros esperados, além disso o setor de saúde demonstrou fragilidade quanto às práticas efetivas de gestão de riscos e governança, pontos entendidos como principais conforme entendimento dos outros mercados como bancário e segurador.

Sendo assim, houve a necessidade da CPS atuar em duas frentes: o aperfeiçoamento dos requisitos quantitativos e o desenvolvimento dos requisitos qualitativos. No que se refere aos aspectos quantitativos foi incorporada as exigências a PEONA SUS e PIC. A PEONA SUS refere-se ao ressarcimento realizado pelas operadoras de saúde ao Sistema Único de Saúde – SUS sempre que um beneficiário que possui plano de saúde utiliza o sistema público para procedimentos de alta complexidade. Já a PIC refere-se a provisão de insuficiência das contraprestações, e deve ser constituída sempre que houver expectativa de que as contraprestações, ou prêmios pagos pela oferta dos serviços de saúde, não sejam suficientes para financiar todas as despesas. Além disso, a ANS começou a exigir, ao menos das operadoras de grande porte, a adoção do Teste de Adequação de Passivos- TAP, para aferir se as provisões técnicas constituídas estão adequadas.

Sobre os requisitos qualitativos, com o objetivo de aperfeiçoar os processos de gestão de riscos e governança das operadoras, foram propostas práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos para fins de solvência. Ainda a fim de estimular as operadoras a adotarem boas práticas de gestão



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

21

por meio da RN518 (antiga RN443), a ANS inseriu fatores reduzidos de capital regulatório para as operadoras que comprovem o atendimento aos requisitos da resolução.

As regras para o cálculo do capital regulatório foram reavaliadas em 2020, ano em que a ANS promoveu uma alteração na apuração do capital regulatório das operadoras, de modo a adaptar às exigências nacionais as práticas internacionais. Com a alteração migra-se de uma abordagem alicerçada no cálculo de fatores simples, para outra que contemple os fatores de exposição a riscos (BRASIL, 2020).

De acordo com a Resolução Normativa 569 de 2020, o capital regulatório passa a ser calculado a partir de janeiro de 2023, para todas as operadoras do sistema, seguindo a regra do máximo entre o capital base e o capital baseado em riscos (BRASIL, 2023e).

O Capital Base (CB), define um montante fixo em função da modalidade, da segmentação e da região de comercialização da operadora. Já o Capital Baseado em Riscos (CBR) define montante variável em função dos principais riscos envolvidos nas atividades relacionadas à operação de planos privados de assistência à saúde.

O CB é uma referência para operadoras que vão iniciar no ramo ou mesmo para operadoras que possuem baixo volume de operações. Sendo assim, conforme ocorre a evolução do negócio, o capital baseado em riscos é o que determina o montante do capital regulatório a ser observado.

Conforme definido na resolução normativa 569, o CBR possui elementos como fator padrão, o nível de confiança de 99,5%, o qual pode ser reduzido para 97,5%, isso porque, a ANS entende que as operadoras de planos de saúde que adotam boas práticas de governança estão expostas a um risco inferior quando comparadas àquelas que não o fazem. Comparando ao mercado internacional, segundo informações da NAIC para todas as linhas de prêmio e risco de reserva combinados, a Fórmula do Risk Based Capital (RBC) 2010 produz um nível de segurança de 91,2%.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

22

O CBR pelo método padrão da ANS considera o risco de subscrição, crédito, mercado, legal e operacional. No entanto, apenas dos riscos são influenciados para fins de avaliação do efeito do resseguro: risco de subscrição e risco de crédito.

O risco de subscrição está relacionado as premissas atuariais, ou seja, às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas e relativas à precificação e uma vez que com a operação de resseguro parte das contraprestações, são destinadas ao pagamento do prêmio os valores pagos para este fim devem ser deduzidos das contraprestações emitidas. Além disso, quando ocorre a recuperação dos sinistros por parte das resseguradoras, este saldo deve ser deduzido dos eventos indenizáveis líquidos. Todo este processo ocasiona uma redução no valor do capital baseado no risco de subscrição.

Já o risco de crédito, conforme definido na RN 569 está relacionado às incertezas de um emissor de dívida não honrar seus compromissos financeiros. Com a ocorrência do sinistro coberto pelo contrato de resseguro a operadora passa a ter o direito de receber os saldos do ressegurador. Até que esta recuperação seja efetivada há um aumento no risco de crédito, já que existe incerteza relacionada à probabilidade de a contraparte não honrar total ou parcialmente seus compromissos financeiros.

Ou seja, no modelo padrão formulado pela ANS, quando há a contratação do resseguro, o valor do prêmio pago ao ressegurador ocasiona uma redução no capital baseado no risco de subscrição. Se ocorre algum evento coberto pelo contrato, até que este valor seja recuperado pela operadora há um aumento no risco de crédito, após tal recuperação, o risco de crédito relacionado a esta operação deixa de existir e há uma nova redução no capital baseado no risco de subscrição.

2.4. Resseguro No Âmbito Da Saúde Suplementar

A resolução nº168/2007 do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP, define o resseguro como uma operação de transferência de riscos de uma cedente, com vistas a sua própria proteção, para um ou mais resseguradores, através de contratos



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

23

automáticos ou facultativos. Esta resolução apresenta as diretrizes do resseguro no Brasil (BRASIL, 2023b).

Embora atualmente existem diversas resseguradoras, nem sempre foi assim. Até o ano de 2007, esse segmento possuía o monopólio do Instituto de Resseguro do Brasil (IRB), por meio do decreto de Lei 1.186/1939 e operou como órgão estatal monopolista por mais de 70 anos (BRASIL, 2023f). Durante todo este tempo, o IRB atuou como órgão fiscalizador e regulador do mercado, situação que foi alterada apenas em 2007 quando a Lei Complementar n.126 definiu como responsáveis pelas atividades fiscalizatórias e regulatórias, respectivamente o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

A abertura do mercado, devido à quebra do monopólio do IRB trouxe diversos pontos positivos para a economia brasileira, dentre os quais é possível citar aumento da competitividade do setor, redução de prêmios de resseguro e incentivo à adoção de novas tecnologias (CALDAS; CURVELLO; RODRIGUES, 2017).

No âmbito das formas de resseguro, segundo Munich Re (2010 p. 16), existem duas segregações: os resseguros proporcionais e os não-proporcionais, também denominados *proportional* e *non-proportional*, respectivamente. No resseguro proporcional, a resseguradora compartilha a mesma proporção do prêmio e perdas da empresa cedente. Já no não-proporcional não há uma razão fixa entre cessão dos prêmios e eventos, a cessão ocorre com base nas regras estipuladas e a cessão dos prêmios pode ser inferior, igual ou superior aos eventos recuperados.

Segundo Caldas, Curvello e Rodrigues (2017, p. 58), no resseguro proporcional, usualmente são pagas comissões de resseguro pelo ressegurador devido ao fato de que a cedente costuma ter alguns custos gerados na emissão das apólices incluídas no contrato, conhecidos como custo de aquisição. Já no resseguro não proporcional, normalmente não há comissão de resseguro.

O resseguro de excesso de danos é um tipo de resseguro não proporcional. Nesse tipo de resseguro, a operadora brasileira, tendo por trás uma seguradora local, determina o valor máximo de indenização por evento, acima do qual a resseguradora assume o



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

24

risco. Basicamente é definido um limite mínimo e um limite máximo, de forma que a operadora arca com os custos até o limite mínimo e a resseguradora paga integralmente qualquer sinistro entre o mínimo e o limite máximo, após o limite máximo a responsabilidade volta à operadora.

Na operação de resseguro não proporcional, se a operadora definir seu limite de excesso de danos entre R\$ 50 mil até o teto de R\$ 1 milhão, em uma conta hospitalar de R\$ 1,5 milhão, a operadora arca com o valor total, porém recupera da resseguradora R\$ 950 mil, de forma que, o total efetivamente gasto pela operadora passa a ser R\$ 550 mil, ou seja, os R\$ 50 mil iniciais acrescidos dos R\$ 500 mil que ultrapassaram o teto máximo.

Já no resseguro proporcional, um dos tipos é o chamado cota-parte, neste modelo supondo uma cessão de 20%, do total das contraprestações recebidas pela operadora 20% serão destinados ao ressegurador, em contrapartida. Assim, neste exemplo, mediante a cessão de 20% das mensalidades, em uma conta hospitalar de R\$ 1,5 milhões, a operadora vai ter que responder por um montante igual a R\$ 1,2 milhões, pois conseguirá recuperar da resseguradora os R\$ 300mil que corresponde a 20% do sinistro ocorrido.

Segundo o manual de contratação de resseguro da ANS (2021), o resseguro proporciona para as operadoras uma cessão puramente econômica e não jurídica, pois a operadora continuará sendo a responsável por arcar com os pagamentos por eventos junto à sua rede prestadora, não havendo de se falar em responsabilidade da resseguradora por esses pagamentos.

Conforme destaca-se na Figura 1 os beneficiários pagam as contraprestações para as operadoras em troca do risco do custo pela ocorrência de eventos cobertos pelo contrato, as operadoras, através de seus prestadores, oferecem serviços de saúde e assume a responsabilidade da conta assistencial destes beneficiários. Para se proteger dos eventos, as operadoras podem pagar para as resseguradoras um prêmio em troca da cessão econômica do risco, de modo que, ocorrendo eventos cobertos pelo contrato com



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

25

a resseguradora a operadora recebe a recuperação da conta assistencial coberta nos termos do contrato.

Figura 1: Relação do resseguro entre beneficiário, prestadores, operadora e resseguradora

Fonte: Adaptado de “Contratação de Resseguro por Operadoras de Plano de Saúde Novo Instrumento de Gestão Financeira”, ANS, 2021, p.8.



Sendo assim, conforme destacado pela ANS (2021) o resseguro tem a finalidade de suavizar a volatilidade, transferindo um risco (evento incerto), de modo que, em uma eventual ocorrência, a operadora poderá ter melhores condições de suportar esse evento, contribuindo para a sustentabilidade das operadoras.

Com base nos dados do setor e aplicando a teoria do risco coletivo, Areias e Carvalho (2021, p. 224), avaliaram de maneira contrafactual como o resseguro impactaria a solvência das operadoras e concluíram que a contratação do resseguro cota-parte pode melhorar a situação de solvência das operadoras de saúde, porém, no resseguro não proporcional, há o risco de a parcela cedida em prêmios de resseguro piorar a situação financeira pois, há um valor elevado deste produto, o que pode trazer cenários potenciais de insolvência.

Com base nos dados do sistema de estatística da SUSEP, o mercado de resseguro movimentou em 2021, R\$13,4 bilhões em prêmios ganhos, o grupo de saúde representou 0,5% deste total. Embora a representatividade seja relativamente baixa, quando se compara ao crescimento deste segmento, há um aumento significativo. Isto porque de 2019 até 2021, os prêmios ganhos em resseguro de todo o mercado,



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

26

cresceram cerca de 38% (passando de R\$9,7 bilhões para R\$13,4 bilhões). Já o grupo de saúde apresentou um aumento de 474% (passando de R\$11,5 milhões para R\$66,4 milhões).

Com a alteração da resolução CNSP nº 380/2020, que permitiu com que as cooperativas médicas contratem diretamente o resseguro, houve uma ampliação do público que pode possuir acesso a esta ferramenta de gestão de risco.

A ANS destaca que quando ocorre a contratação de resseguro a cessão é meramente econômica e não jurídica, ou seja, a operadora permanece sendo a responsável por realizar os pagamentos por eventos junto à rede prestadora.

Essa absorção de parte das despesas se relaciona com uma das principais funções do resseguro destacada por Caldas, Curvello e Rodrigues (2017, p. 40), a de estabilização dos resultados, isto acontece, pois, a existência do resseguro proporciona um fluxo estável e razoável de lucro e estabilização da sinistralidade. Essa função do resseguro é muito importante, pois auxilia no planejamento financeiro e ampara o crescimento da instituição.

De acordo com a ANS o resseguro é uma ferramenta à disposição das operadoras de planos de saúde para a mitigação de riscos e gerenciamento de seu capital, pois em paralelo às reduções de exigência de capital para o Risco de Subscrição, há reflexos sobre exigências de Risco de Crédito, já que a operadora passa a ter uma resseguradora como credora e deve considerar as operações de crédito relacionadas a essa operação. Contudo, segundo a ANS, a redução do CBR sobre Risco de Subscrição é substancialmente superior (BRASIL, 2021).

O impacto do resseguro no risco de subscrição é descrito no item 2.2. do anexo III da resolução normativa 451:

“No cálculo do capital baseado no risco de subscrição, devem ser consideradas as operações de seguro e resseguro que tenham como objeto o reembolso total ou parcial de despesas assistenciais da seguinte forma:

a. Os prêmios de seguros e resseguros líquidos pagos, nos últimos doze meses, a seguradoras e/ou resseguradoras devem ser deduzidos das contraprestações emitidas;

e



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

27

b. Os sinistros de seguros e resseguros recuperados, nos últimos doze meses, de seguradoras e resseguradoras devem ser deduzidos dos eventos indenizáveis líquidos.”

Contudo, enquanto os sinistros não são recuperados do ressegurador, os valores a serem recebidos são créditos com resseguradores. Nesse momento é necessário considerar o risco de crédito, pois envolve um montante a ser recebido. Essa operação é considerada na parcela 1 do cálculo do capital baseado no risco de crédito, e conforme item 8 do anexo III-A da RN 569, o fator de risco a ser considerado é de 1,93%.

Após a liquidação, conforme destacado no item 2.2-b do anexo III da RN 569, os sinistros recuperados do ressegurador devem ser deduzidos dos eventos indenizáveis líquidos.

Avaliar o efeito do resseguro no capital regulatório é importante, porém, é necessário monitorar o comportamento de um indicador que reflita a situação econômico-financeira da operadora.

Uma vez que o capital regulatório é definido pela ANS como o valor mínimo de patrimônio líquido ajustado que as operadoras devem manter, entende-se que ao avaliar o efeito do resseguro neste parâmetro base no setor as análises são mais assertivas.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza aplicada com objetivo explicativo e abordagem quantitativa. Para as análises foi utilizado o método estatístico devido às características das análises propostas.

Este estudo utiliza informações de dados reais das operadoras de saúde no Brasil para calcular as alterações no capital regulatório através do cálculo individual para cada uma das operadoras de saúde brasileiras utilizando o método de cálculo proposto pela



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

28

ANS, considerando os dados base de 2022 aplicada à regra de capital que será exigida de todas as operadoras a partir de 2023.

Sendo assim, inicialmente apura-se o capital regulatório, ou seja, apura-se o capital base e o capital baseado em riscos, este último considerando apenas os riscos que são impactados pela contratação do resseguro, ou seja, risco de subscrição e crédito.

3.1.Desenho Do Estudo

Foram avaliados dois cenários. O cenário 1 é a análise base e considera a regra de capital regulatório que passará a vigorar a partir de 2023 (detalhada e 2.3), considerando informações das operadoras com beneficiários ativos no quarto trimestre de 2022, dados reais, sem qualquer tratamento.

Neste estudo, foi considerada cessão de 30% das contraprestações e eventos para resseguro nos cálculos realizados, conforme observado em Dependencies e Party (2012).

Para o cenário 2 foi considerada uma faixa de valores possíveis (antes e depois da liquidação do sinistro), isto porque, com base no referencial teórico, espera-se que ao contratar o resseguro existam dois momentos, primeiramente, haverá uma dedução do prêmio de resseguro das contraprestações e um aumento do crédito com resseguradores até que a recuperação do sinistro seja efetivada.

No segundo momento, após a recuperação dos sinistros, há uma redução nos eventos indenizáveis, pois estes serão líquidos dos sinistros recuperados do ressegurador, sendo assim, o crédito com resseguradores deixa de existir. Estes movimentos afetam diretamente o cálculo do capital regulatório e da sinistralidade, que são os parâmetros considerados para avaliação.

Na prática, nos cálculos do cenário 2, as operações de sinistros indenizados e saldos como crédito de resseguro vão ocorrendo quase simultaneamente, a depender do processo operacional definido entre o ressegurador e a operadora, contudo, as avaliações propostas pretendem demonstrar os dois extremos da operação, ou seja, nos momentos em que em que houver recuperação pendente e recuperação efetivada.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

29

Assim, pode-se afirmar que o cenário da operadora estará sempre entre a faixa de valores dos dois cenários extremos, o que faz com que garante o conservadorismo ao considerar o maior valor resultante do cálculo.

Por fim, compara-se os parâmetros de avaliação para todos os cenários estimados e apresenta-se os resultados por modalidade e porte das operadoras. O anexo I contém o fluxograma do desenho do estudo conforme descrito.

3.2.Bases De Dados

Para elaboração deste estudo foram utilizadas cinco base de dados, todas disponíveis de forma pública pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. A seguir descreve-se quais informações são disponibilizadas em cada uma delas (ANS, 2023a).

Operadoras de saúde ativas: Esta base de dados contém uma lista de operadoras com registro ativo na ANS (autorizadas a vender planos de saúde no Brasil) elaborada a partir de informações fornecidas pelas próprias empresas. Dentre as informações disponíveis as que são utilizadas são: registro ANS, que se refere ao número de cadastro da operadora frente a ANS; nome da operadora; modalidade que informa a classificação da operadora e região de comercialização.

Demonstrações contábeis: Dados Contábeis encaminhados trimestralmente pelas operadoras através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS. Dentre as informações disponíveis existe o registro ANS e a conta contábil, que são contabilizadas conforme plano de contas vigente nas demonstrações contábeis do período utilizado (RN 435).

Percentual histórico de cobrança (%hc) do ressarcimento ao SUS: calculado, conforme a IN ° 5, da DIOPE e da DIDES, de 2011, o total dos valores cobrados é dividido pelo total dos valores notificados, com base nos ABIs emitidos até 120 dias anteriores ao mês da contabilização.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

30

Tabela RPS CADOP: Lista de operadoras com registro na ANS contendo diversas informações cadastrais das operadoras, as variáveis utilizadas são descritas na Tabela 1.

Tabela 1: variáveis de cadastro das operadoras usadas no estudo.

Nome	Descrição
CD_OPERADORA	Registro de operadora de plano privado de assistência à saúde concedido pela ANS a pessoa jurídica para operação no setor de saúde suplementar. Nota: Este campo corresponde à chave primária "Registro ANS" dos conjuntos de dados "Operadoras de planos de saúde Ativas" e "Operadoras de planos de saúde Canceladas" publicados no Portal de Dados Abertos.
RAZAO_SOCIAL	Razão Social da Operadora
GR_MODALIDADE	Classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde de acordo com seu estatuto jurídico: Administradora Cooperativa Médica Cooperativa odontológica Autogestão Medicina de Grupo Odontologia de Grupo Filantropia Seguradora
PORTE_OPERADORA	Classificação da operadora, conforme quantidade de beneficiários com vínculo ativo no mês mais recente disponível no SIB: Grande (acima de 100 mil vínculos de beneficiário ativos) Médio (de 20 mil a 100 mil vínculos de beneficiário)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

31

Nome	Descrição
	ativos) Pequeno (abaixo de 20 mil vínculos de beneficiário ativos)

Fonte: Elaboração Própria.

3.3. Definição das variáveis

3.3.1. Capital Regulatório

O capital regulatório representa o valor mínimo que uma operadora deve manter de patrimônio líquido ajustado para que possa operar no mercado de saúde suplementar. De acordo com a RN N°569, o valor do capital regulatório é definido como o máximo entre o capital base e o capital baseado em riscos.

3.3.1.1. Cálculo do Capital Base

Para o cálculo do capital base multiplica-se o capital referência pelo fator da operadora. Conforme dados da ANS o capital referência do período de 07/2022 a 06/2023 é de R\$ 10.883.087,01 (Dez milhões, oitocentos e oitenta e três mil, oitenta e sete reais e um centavo). Para definição do fator são necessárias informações referentes a região de comercialização e segmento das operadoras (Tabela 2). Para apuração das informações necessárias foi utilizada a base de dados “operadoras de saúde ativas”.

O anexo I da RN 569 que trata do cálculo do capital base considera a modalidade das operadoras, no entanto, uma vez que a ANS não disponibiliza esta informação por operadora, foi considerado o maior fator com base na modalidade, sendo assim, considerou-se uma adaptação ao anexo I da referida resolução.

Tabela 2: Fator (%) para o cálculo do capital base com base nas modalidades das operadoras.



Modalidade	Região	Região	Região	Região	Região	Região
	1	2	3	4	5	6
Administradora	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47
Autogestão	61,69	38,39	20,11	8,85	6,2	3,54
Cooperativa Médica	87,1	61,29	37,1	18,06	12,65	7,23
Cooperativa Odontológica	2,58	2,43	1,79	0,45	0,35	0,25
Medicina de Grupo / Filantropias	100	74,19	48,39	25,81	18,06	10,32
Odontologia de Grupo	3,23	2,58	1,94	0,48	0,41	0,34
Seguradoras Especializadas em Saúde	100	100	100	100	100	100

Fonte: Elaboração própria (Dados Base anexo I da RN 569).

3.3.1.2. Cálculo do capital baseado em riscos

O cálculo do capital baseado em riscos considerou o modelo padrão da ANS e todos os ajustes realizados ocorreram para estimar parâmetros que não são disponíveis de forma aberta no portal da agência. Inicialmente é importante destacar que embora a fórmula completa do CBR considere cinco tipos de riscos, neste estudo os cálculos serão realizados considerando apenas dois deles: subscrição e crédito, pois são os únicos diretamente sensíveis à contratação de resseguro.

De acordo com a ANS o risco de subscrição tende a representar cerca de 75% do CBR. Desta forma, entende-se que embora o cálculo não considere todos os riscos, sua representatividade é significativamente relevante para as considerações propostas sobre o tema (BRASIL, 2021).

O anexo III da RN 569, define que o capital baseado no risco de subscrição é composto pelas parcelas: (I) capital baseado no risco de precificação, ou seja, relacionado ao preço do plano de saúde para o usuário, e (II) capital baseado no risco de provisionamento. O cálculo do risco de precificação utiliza as contas contábeis



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

33

relacionadas às contraprestações e existe a multiplicação pelos fatores definidos pela metodologia da ANS.

Já a parcela do capital baseado no risco de provisionamento é segregada em: (I) risco de provisionamento associado à provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA); (II) risco associado à provisão de remissão (risco de remissão) e (III) risco associado à provisão de eventos e sinistros a liquidar do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (PESL-SUS).

Para o cálculo das parcelas referente ao risco de precificação e PEONA, são obtidos diretamente da base de dados “Demonstrações contábeis”, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3: Demonstrações contábeis da base de dados.

Risco	Descrição do componente utilizado	Contas contábeis
CRS.Pre	Total referente à operação Médico Hospitalar - Individual deduzido do saldo de Cobertura em Preço Preestabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Preestabelecido	31111X1, 31111X2,311711X11, 311711X12, 311711X21, 311711X22
CRS.Pre	Total referente à operação Médico Hospitalar - Coletivo por Adesão deduzido do saldo de Cobertura em Preço Preestabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Preestabelecido	31111X3, 31111X4, 311711X31, 311711X32, 311711X41, 311711X42
CRS.Pre	Total referente à operação Médico Hospitalar - Coletivo Empresarial deduzido do saldo de Cobertura em Preço Preestabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Preestabelecido	31111X5, 31111X6, 311711X51, 311711X52, 311711X61, 311711X62
CRS.Pre	Total referente à operação Médico Hospitalar - Corresponsabilidade assumida em preço pré-estabelecido	31111X8
CRS.Pre	Total referente à operação Odontológico - Individual deduzido do saldo de Cobertura em Preço Preestabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Preestabelecido	311121X1, 311121X2, 311721X11, 311721X12, 311721X21, 311721X22
CRS.Pre	Total referente à operação Odontológico - Coletivo por Adesão deduzido do saldo de Cobertura em Preço Preestabelecido com Corresponsabilidade Cedida em Preço Preestabelecido	311121X3, 311121X4, 311721X31, 311721X32, 311721X41, 311721X42



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

34

Risco	Descrição do componente utilizado	Contas contábeis
CRS.Pre	Total referente à operação Odontológico - Coletivo Empresarial deduzido do saldo de Cobertura em Preço Prestabelecionado com Corresponsabilidade Cedida em Preço Prestabelecionado	311121X5, 311121X6, 311721X51, 311721X52, 311721X61, 311721X62
CRS.Pre	Total referente à operação Odontológico - Corresponsabilidade assumida em preço pré-estabelecido	311121X8
CRS.Pro	Total de eventos médico-hospitalar - EV1 acrescido do saldo de Contas de Cobertura Preço Prestabelecionado com Corresponsabilidade Cedida em Preço Pós-estabelecido	411111, 411211, 411311, 411411, 411511, 411611, 411711 e 411911, 311711X13, 311711X23, 311711X33, 311711X43, 311711X53, 311711X63
CRS.Pro	Total de eventos odontológicos - EV3 acrescido do saldo de Contas de Cobertura Preço Prestabelecionado com Corresponsabilidade Cedida em Preço Pós-estabelecido	411121, 411221, 411321, 411421, 411521, 411621, 411721, 411921, 311721X13, 311721X23, 311721X33, 311721X43, 311721X53, 311721X63

Fonte: elaboração própria.

O risco associado à provisão de eventos e sinistros a liquidar do ressarcimento ao SUS, necessita da informação referente a soma dos valores identificados (ABI) e ainda sem emissão de Guia de Recolhimento da União- GRU (Tabela 4). Este saldo foi obtido pelo cálculo inverso da conta Provisão de Eventos /Sinistros a Liquidar para o SUS ($\% hc \times ABI$), ou seja, utilizou-se a base de dados “% HC “, disponibilizada pela ANS e a multiplicação do percentual pelo total da provisão foi considerado como ABI.

Tabela 4: Parâmetros para o cálculo do risco de ressarcimento ao SUS.

Risco	Descrição do componente utilizado	Contas contábeis
CRS.SUS	Percentual histórico de cobrança (%hc)	Base de dados histórico de cobrança mês 12 do ano referência
CRS.SUS	Soma dos valores identificados (ABI) e ainda sem emissão de GRU	Aproximação = conta contábil 211111024 multiplicado pelo %hc



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

35

Fonte: elaboração própria.

No cálculo associado à provisão de remissão e dos remidos são necessárias informações que não são detalhadas a nível de plano de contas, de forma que a ANS instituiu a obrigação de envio por meio de quadro auxiliar, que diferente das demonstrações contábeis, não é uma informação de acesso aberto, sendo necessária uma estimativa dos parâmetros para o cálculo do CRB relacionado a remissão, sendo esta uma limitação da pesquisa.

Desconsiderou-se remissão vitalícia, isto porque, com base na experiência do mercado a maior parte dos contratos com benefício vitalício são os de antes da Lei 9.656/1998, que é uma massa que vem se reduzindo cada vez mais nas operadoras pelo próprio envelhecimento da carteira. Sendo assim, o saldo conjunto das contas 211111014 e 211121014 que se refere a provisão de remissão em 12 meses foi considerado no parâmetro de “Total esperado de despesa de assistência à saúde, nos próximos quatro trimestres, dos beneficiários remidos em contratos de remissão temporária (Edt)”.

O parâmetro que se refere ao Total das contraprestações, últimos quatro trimestres, de beneficiários não remidos em contratos com remissão temporária (beneficiários da remissão) (Ct), se refere a mensalidade dos últimos 12 meses de todos os beneficiários que possuem direito a remissão caso o titular venha a falecer. Em média, das operadoras a que se teve acesso aos quadros auxiliares, este total é cerca de 61 vezes superior ao “Total esperado de despesa de assistência à saúde, nos próximos quatro trimestres, dos beneficiários remidos em contratos de remissão temporária (Edt)”, sendo assim foi considerado este parâmetro como estimativa.

O cálculo do risco de crédito é segregado em duas parcelas. A primeira parcela considera a corresponsabilidade cedida entre as operadoras, para o cálculo da primeira parcela cada operadora deve avaliar o grau de risco, atribuído pela ANS, que as outras operadoras que assumiram a corresponsabilidade possuem. A tabela 5 contém o fator atribuído conforme o grau de risco.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

36

Tabela 5: Fator Padrão de risco da parcela 1 do capital baseado no risco de crédito.

Grau de risco	Fator Padrão de Risco
1	2,23%
2	23,73%
3	65,85%

Fonte: Anexo III-A RN 569.

Para o cálculo da parcela 1 do risco de crédito a ANS exige que as operadoras encaminhem um quadro auxiliar informando com quais operadoras possuem Créditos de operações de assistência à saúde com outras operadoras (incluindo Contraprestação Corresponsabilidade Assumida, Cosseguro Aceito e Outros Créditos Operacionais), intercâmbio a receber etc. Estes dados não são disponibilizados, sendo assim, foi necessário realizar uma estimativa.

O cálculo do fator considera quais as emissoras dos créditos aos quais as operadoras têm direito a receber. E com base no grau atribuído a essas, os valores são calculados. Assim será avaliado o grau de risco das operadoras que estão cedendo seus serviços. As informações de corresponsabilidade cedida estão disponíveis pela ANS por meio das demonstrações contábeis. Tomou-se como base a conta 3117 que se refere a contraprestações de corresponsabilidade cedida de assistência à saúde.

Foi apurado o saldo da conta 3117 do quarto trimestre de 2022 de cada operadora e avaliado o grau de risco que tem como data base as informações do 4º trimestre de 2022, ou seja, o arquivo “Grau de risco parcela 1 CRC” atualizado pela ANS em 28/04/2023 (ANS, 2023b).

No quarto trimestre de 2022, havia aproximadamente R\$14,8 bilhões de reais em corresponsabilidade cedida, deste total, 89% são operadoras classificadas em grupo.1; aproximadamente 1% é classificada em grupo 2 e 10% receberam a



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

37

classificação de grupo 3. Foi realizado um cálculo de média ponderada para o cálculo do fator, de modo que o valor utilizado foi de 8,97%.

Os dados de 2022 demonstram que de forma geral houve um aumento no risco de crédito do mercado de saúde suplementar, isso porque, no quarto trimestre de 2022 havia aproximadamente R\$1,8 bilhões de reais em corresponsabilidade cedida, deste total, 66% são operadoras classificadas em grupo 1; aproximadamente 0,8% são classificadas em grupo 2 e 24% receberam a classificação de grupo 3. Foi realizado um cálculo de média ponderada para o cálculo do fator, de modo que o valor utilizado foi de 24,21% (Tabela 6).

Tabela 6: Média ponderada para o cálculo da parcela 1.1 do capital baseado no risco de crédito com base nos dados de 2022.

Grupo de risco	Proporção da conta 3117 4TRI-2022	fator	Parâmetro
1	64%	2,23%	1,42%
2	3%	23,73%	0,70%
3	34%	65,85%	22,10%
Fator médio ponderado			24,21%

Fonte: Elaboração própria (Dados base Dados contábeis ANS 4TRI2022).

A alteração no saldo da conta de corresponsabilidade cedida quando comparado 2022 com os anos anteriores se deve ao fato de que a RN nº430/2017 foi substituída pela RN nº517/2022, a qual passou a regulamentar as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo operadoras de planos de assistência à saúde, que detalhou os tipos de instrumentos jurídicos estabelecidos entre as operadoras o que readequou alguns enquadramentos contábeis conforme justificado em algumas notas explicativas de operadoras no período.

Comparando os dados de 2022 com os de 2020, no decorrer destes 2 anos, avaliando unicamente a ótica dos scores das operadoras com base no risco de crédito, considera-se que o mercado de saúde apresenta uma capacidade de pagamento três



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

38

vezes pior sendo mais arriscado de não receber os créditos oriundos das operadoras de saúde. Este efeito faz com que no modelo de capital baseado em riscos da ANS ocorra um aumento do capital regulatório das operadoras.

Segundo dados da sala de situação da ANS, o ano de 2022 foi o ano em que o mercado de saúde suplementar enfrentou o pior resultado da história do setor. Fica o alerta para o fato de que, a corresponsabilidade cedida para outras operadoras faz com que as operadoras possuam seu capital regulatório afetado não apenas pela sua forma direta de gestão, mas, pelos resultados gestão que as operadoras que assumem de forma compartilhada os riscos.

Segundo Sanglard (2023) entre 2021 e 2022 houve um maior uso dos serviços de saúde impactou os custos, isto reforça ainda mais a relevância de ferramentas de compartilhamento de riscos no mercado das operadoras de saúde.

A corresponsabilidade e o resseguro são duas ferramentas de compartilhamento de risco, contudo, em anos em que o mercado apresenta resultados instáveis, como foi o ano de 2022, a corresponsabilidade por ser um compartilhamento dentro do próprio mercado, tende a carregar o efeito sistemicamente para o cálculo, já o resseguro, por estar inserido em outro mercado, com outros ramos de negócio, possui menor correlação de efeitos diretamente proporcionais.

O cálculo da segunda parcela do risco de crédito possui todas as contas necessárias disponíveis no plano de contas. Embora exista a previsão pela ANS da redução do fator de multiplicação, caso as contas às quais a operadora esteja investindo sejam reconhecidas com um fator ponderado de risco (FPR), os dados detalhados das instituições em que as operadoras investem não estão disponíveis na base de dados aberta da ANS, sendo assim, não foi considerada redução do FPR. A ANS apresenta na planilha padrão que a possibilidade de não considerar a redução do FPR é inclusive uma alternativa para as operadoras que optarem por manter um cenário mais conservador.

A planilha da ANS foi recriada considerando as alterações e estimativas mencionadas, a fim de proporcionar o cálculo direto de todas as operadoras ativas. Por ter sido implementada uma nova planilha. Para fins de conferência das informações, foi



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

39

realizada a comparação com uma operadora de saúde, de modo que, os valores imputados foram validados comparativamente às informações publicadas desta operadora.

3.3.2. Patrimônio líquido ajustado

O patrimônio líquido ajustado refere-se ao patrimônio social, apurado nas demonstrações financeiras da operadora, ajustado por efeitos econômicos regulamentados pela seção IV da resolução normativa 451. As contas utilizadas para o cálculo estão elencadas na tabela 7.

Tabela 7: Contas contábeis consideradas para o cálculo do Patrimônio Líquido Ajustado.

Conta contábil	Descrição	Categoria
25	Patrimônio Líquido / Patrimônio Social	Patrimônio Líquido
125	Despesas Diferidas	Ajustes
128	Despesas Antecipadas	Ajustes
13161901	Crédito Tributário Sobre Prejuízo Fiscal	Ajustes
13211	Participações Em Operadora De Planos De Assistência A Saúde	Ajustes
13212	Participações Societárias Em Rede Assistencial Não Hospitalar	Ajustes
13213	Participações Societárias Em Rede Hospitalar	Ajustes
13214	Participações Em Instituições Reguladas (Susep, Bacen, Previc)	Ajustes
132159013	Goodwill	Ajustes
132159023	Goodwill	Ajustes
1341	Ativo Intangível	Ajustes



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

40

Fonte: Elaboração Própria.

3.3.3. Prêmio de resseguro

O prêmio de resseguro é o valor que a operadora deve pagar ao ressegurador para ter direito ao produto, contudo há uma diferença na precificação do resseguro proporcional e não-proporcional. De acordo com Bitzious e Portal (2020 p. 17), as principais ferramentas disponíveis para a precificação por tratados de risco são a experiência e a classificação de exposição.

No mercado de saúde suplementar, a exposição é um fator cuja mensuração depende de diversas variáveis. Isto acontece porque diferente do mercado segurador em que existe um teto máximo de risco de perda, que se refere à importância segurada, na saúde suplementar, segundo as regras do órgão regulador, as operadoras não podem incluir um valor máximo que o cliente possa utilizar. Sendo assim, optou-se por utilizar a experiência, ou seja, os dados históricos, como ferramenta de precificação dos contratos de resseguro.

Conforme destacado por Bitzious e Portal (2020 p. 11), no resseguro proporcional a base é o risco assumido, sendo assim, a cedente retém uma parte de cada risco assumido, já no resseguro não-proporcional a divisão de responsabilidades entre a cedente e o ressegurador é estabelecida sobre os sinistros e não sobre o risco, como ocorre no resseguro proporcional.

Segundo Albrecher, Beirlant e Teugels (2017, p. 228), o cálculo do prêmio é a priori bem simples pois é natural dividir o prêmio na mesma proporção do risco $S(t)$, e este é de fato um princípio orientador em que para um contrato do tipo quota-share do tipo $R(t)=a.S(t)$, o prêmio corresponde a $P_R(t) = a . P(t)$.

Segundo Bitzious e Portal (2020 p. 23F), os contratos de excessos de danos são usualmente precificados por 3 métodos: O modelo de exposição, o Burning Cost e o Modelagem. O modelo de exposição considera como base os sinistros históricos do



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

41

mercado. Já os dois outros métodos utilizam como base para o cálculo a experiência histórica dos grandes sinistros.

3.3.4. O resseguro no capital baseado em riscos

Conforme informado pela ANS

“As operações de resseguro são ainda pouco presentes no mercado de saúde suplementar e são, basicamente, realizadas pelas seguradoras de saúde, que seguem as orientações sobre o registro contábil desse tipo de operações da SUSEP.

Por esse motivo, à exceção da existência de contas específicas no Plano de Conta da ANS, não há orientação sobre a contabilização dessas operações.”

Já os prêmios de resseguro líquidos pagos devem ser deduzidos das contraprestações, uma vez que as contraprestações compõem o cálculo de forma diferente com base no tipo de contratação, a dedução ocorreu de forma proporcional as contraprestações, ou seja, o valor do resseguro foi calculado de forma global e proporcionalmente deduzido com base na proporção das contraprestações.

A RN517 reforça que as operadoras podem buscar mitigar os riscos financeiros associados às suas atividades contratando seguros ou resseguros, além de detalhar a corresponsabilidade, fundo mútuo e oferta conjunta de planos privados de assistência à saúde.

Contudo, sempre é importante detalhar que compartilhamento da gestão dos riscos associados à operação de planos privados de assistência à saúde não poderá implicar a transferência de qualquer responsabilidade de uma operadora para outra perante os beneficiários e a ANS. Ou seja, todas as responsabilidades referentes ao beneficiário perante a ANS permanecem sendo da operadora que assinou o contrato de saúde com o contratante.

3.3.5. Parâmetros de avaliação



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

42

Percentual de suficiência do capital regulatório: este índice representa o quanto a operadora de saúde possui de Patrimônio Líquido Ajustado em relação capital regulatório exigido.

$$\% \text{ Suficiência CR} = \frac{\text{Patrimônio Líquido Ajustado}}{\text{Capital Regulatório}}$$

É necessário estar acima de 1, ou seja, ter um PLA maior que o capital regulatório exigido pelo órgão regulador.

Capital por beneficiário: este índice demonstra a necessidade de capital regulatório por beneficiário ativo, este parâmetro é representativo pois uma das alternativas para adequar o capital regulatório pode ser o aumento da mensalidade dos beneficiários.

$$\text{Capital por beneficiário} = \frac{\text{Capital regulatório}}{\text{Número de beneficiários ativos}}$$

Considerando estes parâmetros, as análises serão realizadas comparando os resultados dos cenários entre as diversas operadoras, a fim de avaliar o efeito do resseguro através das avaliações considerando as modalidades, portes e características de cada segmentação do mercado de saúde suplementar.

4. RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em 3 subseções, na primeira é realizada uma análise geral do cenário de saúde suplementar bem como do resseguro neste mercado e são apresentadas informações referentes a seleção de operadoras consideradas na análise, a segunda subseção apresenta os resultados do cálculo da nova regra de capital regulatório para as operadoras de saúde considerando os dados base dos anos de 2022 e a terceira apresenta o efeito do resseguro proporcional no capital regulatório considerando os parâmetros de avaliação que permitem concluir sobre o



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

43

efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras. Todas as análises consideraram segregações com base na modalidade e porte das operadoras.

4.1. Perfil do mercado de saúde suplementar e resseguro saúde

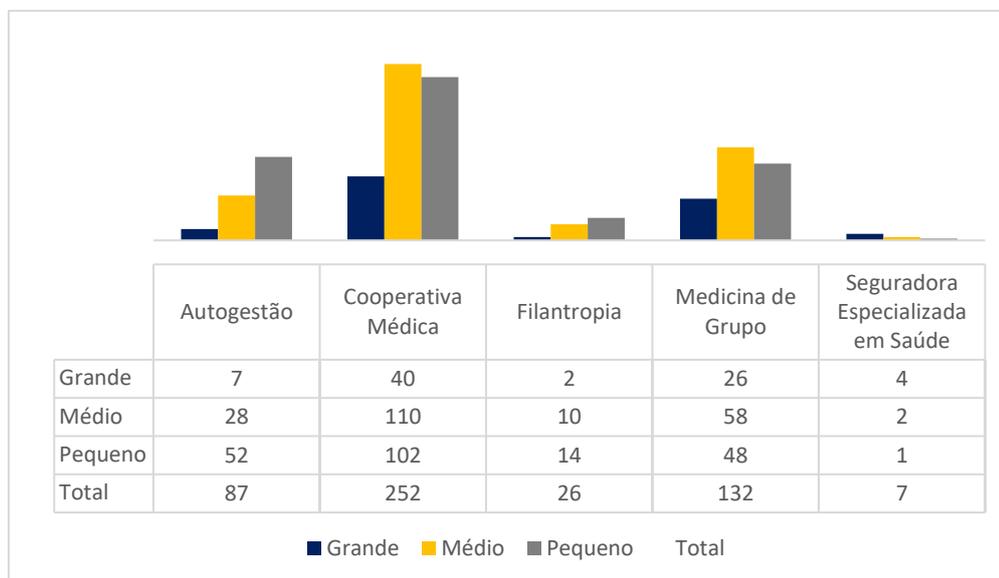
No ano de 2022, segundo informações da ANS, o mercado de saúde suplementar gerou um prejuízo de R\$11,5 bilhões, sendo o pior resultado desde o início da série elaborada pelo órgão regulador. Este cenário reforça ainda mais a utilização de ferramentas de compartilhamento de riscos, que é uma das funções do resseguro.

Para as análises realizadas não foram consideradas todas as operadoras do sistema e sim, apenas operadoras que possuem beneficiários ativos em dezembro de 2022 (642 operadoras), além disso, ainda considerando o ano base de 2022, foram desconsideradas 26 operadoras que possuem patrimônio líquido ajustado negativo, isto porque estas operadoras possuem situações específicas que não podem ser alteradas com a contratação do resseguro, já que o valor mínimo que elas precisam garantir já está negativo não será a contratação do resseguro que poderá alterar tal situação e sim estratégias específicas que não estão englobadas nesta pesquisa. Foram desconsideradas ainda 119 operadoras que possuem capital regulatório definido pelo capital base, pois nestes casos não haveria nenhuma influência direta na contratação de resseguro.

A base de dados final conta com 497 operadoras, a Figura 2 apresenta a quantidade de operadoras considerando modalidade e porte.

Um ponto importante de ser destacado é o fato de que a menor parte das operadoras do mercado com beneficiários ativos é da modalidade de seguradora especializada em saúde, o que demonstra a relevância da CNSP nº 380/2020 ao mercado de saúde suplementar, uma vez que antes da publicação desta normativa apenas esta segmentação do mercado tinha acesso direto ao resseguro.

Figura 2: Quantidade por modalidade e porte das operadoras ativas em 2022, com capital regulatório definido pelo capital baseado em riscos e com patrimônio líquido ajustado superior a zero.



Fonte: Elaboração própria (Dados Base: Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Com base nos dados de 2022, nota-se que das 7 seguradoras especializadas em saúde 3 possuem operação com resseguro, sendo elas: Care Plus Medicina Assistencial Ltda.; Alice Operadora Ltda E Sul América Companhia De Seguro Saúde. No caso destas operadoras não será calculado o cenário 2, já que a situação atual das mesmas já é com resseguro, que pode ou não ser o proporcional, sendo assim o cálculo poderia gerar resultados sobre-estimados.

O órgão regulador do mercado ressegurador é a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), uma das informações relevantes neste mercado se refere aos prêmios, que estão relacionados aos valores cobrados para cobertura do produto, no caso dos prêmios de resseguro, referem-se aos valores que as resseguradoras cobram para oferecer cobertura as operadoras de saúde. A Tabela 8 demonstra a proporção dos valores realizados nesta operação no período de 2018 a 2022.

Tabela 8: Proporção do prêmio de resseguro no grupo saúde no mercado ressegurador geral no período de 2018 a 2022.



Ano	Prêmio resseguro saúde	Prêmio resseguro total	% resseguro saúde
2018	40.202.323	8.410.270.229	0,5%
2019	11.572.192	9.736.517.549	0,1%
2020	33.864.565	11.604.153.267	0,3%
2021	66.409.895	13.443.368.388	0,5%
2022	103.500.717	15.439.075.305	0,7%

Fonte: Elaboração própria (Dados base: SES - SISTEMA DE ESTATÍSTICAS DA SUSEP).

Nota-se que, em 2019, houve uma redução nos valores negociados no segmento de saúde enquanto o mercado ressegurador, de forma geral, apresentou expansão, já no ano de 2022, enquanto o prêmio de resseguro saúde teve um crescimento de aproximadamente 55% com relação a 2021, o mercado em geral teve um crescimento de 14%. Ainda assim, vale ressaltar que os valores envolvidos na operação de resseguro saúde representam menos de 1% do total das operações do mercado ressegurador.

No mercado ressegurador a participação das operações com resseguro saúde ainda é inferior comparada aos demais grupos, contudo, antes da publicação da CNSP nº 380/2020 apenas 7 operadoras eram elegíveis a ingressar neste mercado e segundo as informações da ANS em 2022 apenas 3 operadoras possuem operação com resseguro, todas seguradoras, ou seja, embora exista um mercado potencial ainda não houve adesão das outras operadoras a esta ferramenta de gestão.

As vantagens do resseguro no âmbito da saúde já são exploradas no mercado internacional, por exemplo, a NAIC avalia o efeito mitigador de risco do resseguro a diferença entre o capital exigido para risco de subscrição sem e com o(s) contrato(s) de resseguro. Contudo no cenário brasileiro o tema ainda não é tão explorado.

4.2. Análise do cenário 1

Com a vigência da RN569 da ANS, a partir de 2023 o capital regulatório é definido entre o máximo do capital base e o capital baseado em riscos, uma vez que para o resseguro apenas os riscos de subscrição e crédito são impactados apenas a parcela do CBR referente a ambos foi considerada neste estudo conforme mencionado



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

46

na metodologia. Isto significa que a suficiência de PLA não pode ser afirmada uma vez que existem outros riscos corporativos a serem incorporados, mas a insuficiência é garantida, pois, se alguma operadora não possuir PLA suficiente apenas com estes dois riscos, acrescentando os outros tal situação tende apenas a piorar. Desta forma, serão realizadas afirmações apenas referentes à insolvência técnica das operadoras.

Antecipando a vigência das regras de capital regulatório que passarão a valer a partir de 2023 com base nos dados do quarto trimestre de 2022 e considerando apenas os riscos de subscrição e crédito, as avaliações demonstram uma exigência de capital regulatório no total de R\$ 21,3 bilhões de reais, valor este que se comparado ao patrimônio líquido ajustado, representa uma taxa de suficiência de aproximadamente 3,2 vezes o capital regulatório, taxa esta que embora suficiente, é inferior a taxa no ano de 2021 que representa uma taxa de suficiência do patrimônio líquido ajustado de 3,6 vezes o capital regulatório (Tabela 9).

Tabela 9: PLA e cálculo do CBR de 2022 das operadoras com capital regulatório definido pelo capital baseado em riscos e com patrimônio líquido ajustado superior a zero.

Modalidade	CBR 2022	PLA 2022	Número de operadoras	Taxa de Suficiência
Autogestão	2.617.652.509,85	22.712.168.707,99	86	8,68
Cooperativa Médica	6.120.562.444,52	21.559.555.391,18	251	3,52
Filantropia	281.975.320,04	2.168.098.918,00	26	7,69
Medicina de Grupo	6.153.095.754,26	16.500.770.132,33	127	2,68
Seguradora Especializada em Saúde	6.113.022.059,81	14.130.253.998,18	7	2,31
Total Geral	21.286.308.088,49	77.070.847.147,68	497	3,62

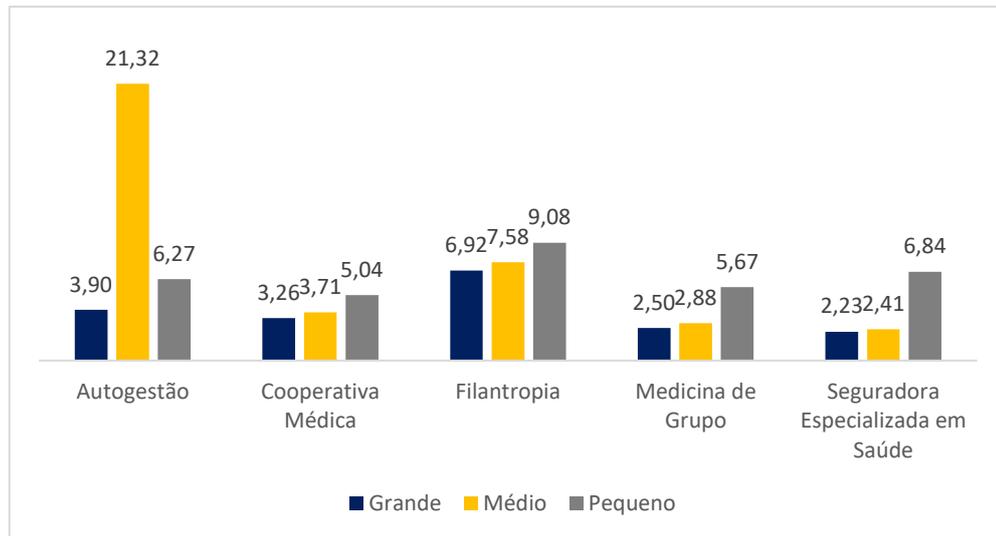
Fonte: Elaboração própria (Dados Base: Agência Nacional de Saúde Suplementar).

A Figura 3 apresenta o cálculo do Capital Baseado em Riscos (CBR) comparado ao Patrimônio Líquido Ajustado (PLA) considerando a modalidade e porte das operadoras.



A alta taxa de suficiência da modalidade de autogestão médio porte se deve a operadora “Caixa dos funcionários do banco”, sem a qual a taxa de suficiência deste segmento é de 5,69. A discrepância desta operadora se deve a características específicas que fogem do escopo da pesquisa e, portanto, não serão aprofundadas neste estudo.

Figura 3: Cálculo da taxa de suficiência de patrimônio líquido ajustado com relação ao Capital Regulatório - CR, das operadoras que possuem CR definido pelo capital baseado em riscos e com patrimônio líquido ajustado superior a zero.



Fonte: Elaboração própria (Dados Base: Agência Nacional de Saúde Suplementar ano base 2022).

Embora, de forma geral, todas as modalidades e porte apresentem suficiência de patrimônio líquido ajustado, a análise individual demonstra que 30 operadoras possuiriam insuficiência de PLA considerando o ano base de 2022 se a nova regra estivesse vigente, como pode ser observado por meio da Tabela 10 que elenca os resultados das respectivas operadoras.

Tabela 10: Comparação do CBR e PLA das operadoras com Insuficiência da Patrimônio Líquido ajustado se consideradas as demonstrações contábeis de 2022.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

48

Nº Aleatório	Modalidade	Porte	CR 2022*	PLA 2022*	Taxa de suficiência
1	Medicina de Grupo	Médio	6,55	4,60	0,7017
2	Medicina de Grupo	Médio	6,49	3,01	0,4646
3	Medicina de Grupo	Médio	14,56	12,18	0,8363
4	Cooperativa Médica	Médio	11,78	2,82	0,2396
5	Cooperativa Médica	Grande	727,95	706,67	0,9708
6	Medicina de Grupo	Grande	53,21	52,84	0,9932
7	Filantropia	Médio	16,07	8,21	0,5106
8	Autogestão	Pequeno	2,83	2,56	0,9045
9	Medicina de Grupo	Médio	6,08	5,95	0,9790
10	Cooperativa Médica	Médio	17,16	7,60	0,4431
11	Cooperativa Médica	Pequeno	2,50	1,57	0,6284
12	Medicina de Grupo	Médio	9,63	6,53	0,6779
13	Cooperativa Médica	Pequeno	4,69	3,66	0,7813
14	Autogestão	Pequeno	15,17	15,10	0,9958
15	Medicina de Grupo	Grande	40,62	3,20	0,0788
16	Medicina de Grupo	Grande	1202,00	770,44	0,6410
17	Medicina de Grupo	Pequeno	4,58	4,08	0,8913
18	Cooperativa Médica	Pequeno	4,40	2,41	0,5491
19	Autogestão	Pequeno	0,78	0,63	0,8020
20	Medicina de Grupo	Médio	27,73	12,39	0,4470
21	Medicina de Grupo	Médio	16,57	10,56	0,6370
22	Medicina de Grupo	Pequeno	4,46	1,20	0,2687
23	Medicina de Grupo	Médio	13,69	9,89	0,7221
24	Medicina de Grupo	Médio	5,75	0,99	0,1715
25	Medicina de Grupo	Pequeno	5,21	3,65	0,7004
26	Medicina de Grupo	Médio	5,47	2,66	0,4854
27	Medicina de Grupo	Pequeno	2,21	1,61	0,7263
28	Medicina de Grupo	Médio	7,26	2,45	0,3377
29	Medicina de Grupo	Médio	6,49	1,36	0,2101

Fonte: Elaboração própria (Dados Base: Agência Nacional de Saúde Suplementar ano base 2022) * Valores em milhões de reais.

As 29 operadoras que apresentam insuficiência de PLA são responsáveis pela prestação de serviços médico-hospitalares de aproximadamente 6,6 milhões de



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

49

beneficiários, ou seja, este cenário apresenta um risco de insolvência de aproximadamente 14% dos beneficiários de assistência médico-hospitalar. Uma vez que quando ocorre a liquidação de uma operadora a ANS deve continuar garantindo a prestação de serviço aos beneficiários por meio de outras operadoras, esta situação se torna ainda mais alarmante visto que existe o risco de afetar o mercado de forma geral.

Com o cálculo realizado, é possível constatar que a alteração da metodologia de cálculo do capital regulatório possivelmente oferecerá um contexto de desafio para algumas operadoras, visto que ao considerar a nova metodologia algumas delas já apresentariam patrimônio líquido ajustado insuficiente com base nos dados divulgados nas demonstrações contábeis de dezembro de 2022 e considerando apenas dois dos cinco riscos corporativos que abrangem o cálculo. Logo a situação pode ser pior, pois para o cálculo completo é necessário considerar os riscos legais, operacionais e de mercado, o que aumentará ainda mais o capital exigido.

Portanto, as análises apresentadas não conseguem garantir a suficiência de PLA das operadoras, contudo, as operadoras que apresentam insuficiência considerando apenas dois dos cinco riscos corporativos, teriam uma insuficiência ainda maior quando incorporados os demais riscos. Nestes casos, considerando as premissas de estimação quanto ao risco de remissão e parcela 1 do risco de crédito, pode ser afirmada a insuficiência de PLA.

4.3. Análise do cenário 2

Quando as operadoras realizam a contratação do resseguro, o valor despendido em prêmio de resseguro deve ser deduzido das contraprestações emitidas, ocasionando em uma redução do capital baseado no risco de subscrição. Ou seja, no momento da contratação e no que se refere ao capital baseado em riscos, há uma redução na exigência de capital baseado no risco de subscrição.

Contudo, no resseguro cota-parte, que é um resseguro proporcional, a operadora passa a ter direito ao recebimento de sinistros por parte da resseguradora, neste



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

50

momento há um aumento do capital baseado no risco de crédito, visto que deve ser considerado o risco de que a resseguradora não arque com seu compromisso.

Uma vez quitados os sinistros por parte da resseguradora a operadora passa a poder deduzi-los dos eventos indenizáveis líquidos, o que acarreta uma redução do capital baseado no risco de subscrição.

Sendo assim, quanto à contratação do resseguro é preciso considerar duas etapas, a primeira se refere ao momento em que a operadora tem direito à restituição dos sinistros, e a segunda contempla o momento em que há a liquidação dos sinistros por parte da resseguradora.

Uma vez que a contratação de resseguro aumenta o risco de crédito e reduz o risco de subscrição, considerando a cessão de 30% dos prêmios e sinistros, houve redução do capital baseado em riscos para todas as operadoras, mesmo no momento inicial em que os sinistros ainda não foram liquidados pela resseguradora, isso indica que, de fato, a redução ocasionada ao capital baseado no risco de subscrição é superior ao aumento ocasionado no risco de crédito.

Após a quitação deste saldo, há uma redução ainda maior no capital baseado em riscos, visto que o risco de crédito passa a não mais existir no que se refere a resseguradora.

A Tabela 11 apresenta o efeito no Capital Regulatório, com as novas regras que passaram a ser vigentes no primeiro trimestre de 2023 e considerando cessão em resseguro proporcional no percentual de 30% comparado ao capital necessário calculado no cenário 1.

Uma vez que há aumento do risco de crédito no momento em que há liquidação de resseguro pendente, considerou-se este momento como CBR máximo; após a liquidação de resseguro efetivada há uma redução do risco de crédito e uma redução ainda maior no risco de subscrição, sendo assim, tal momento foi tratado como CBR mínimo.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

51

Tabela 11: Efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras com base nas demonstrações contábeis de 2022 e considerando as regras do Capital Regulatório que passarão a ser vigentes no primeiro trimestre de 2023.

Modalidade	CBR 2022 - Cenário 1	CBR 2022 - Cenário 2 (mínimo)	CBR 2022 - Cenário 2 (máximo)	Efeito do resseguro no CBR
Autogestão	2.617.652.509,85	1.922.553.224,07	1.938.679.357,71	-26,6%
Cooperativa Médica	6.120.562.444,52	4.587.898.385,93	4.641.647.881,09	-25,0%
Filantropia	281.975.320,04	221.727.213,87	223.797.981,63	-21,4%
Medicina de Grupo	6.153.095.754,26	4.566.888.962,41	4.610.115.903,60	-25,8%
Seguradora Saúde	6.113.022.059,81	4.449.924.928,86	4.492.021.974,75	-27,2%
Total Geral	21.286.308.088,49	15.748.992.715,14	15.906.263.098,77	-26,01%

Fonte: Elaboração própria (Dados Base: Agência Nacional de Saúde Suplementar ano base 2022).

Nota-se que a cessão de 30% no resseguro proporcional acarreta uma redução média no CBR de 26,01%, de forma geral, as modalidades de autogestão e cooperativa tem uma redução de CBR superior à média do mercado.

A inserção do resseguro reduz o CBR, contudo, nos cenários calculados para todas as modalidades a redução foi inferior ao percentual de cessão, ou seja, de forma geral por modalidade, ceder 30% dos prêmios, além de ressarcir 30% dos eventos também reduz a necessidade de CBR, contudo em uma proporção inferior e não diretamente proporcional (Tabela 12).

Tabela 12: Mediana da taxa de suficiência por modalidade de operadora comparando o cenário sem resseguro (cenário 1) e com resseguro proporcional de 30% (cenário 2).

Mediana da taxa de suficiência			
Modalidade	Cenário 1	Cenário 2	Efeito do resseguro na mediana
Autogestão	5,3	6,9	32,0%
Cooperativa Médica	3,9	5,2	32,6%
Filantropia	6,5	8,1	24,1%
Medicina de Grupo	2,8	3,7	31,0%



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

52

Mediana da taxa de suficiência			
Modalidade	Cenário 1	Cenário 2	Efeito do resseguro na mediana
Seguradora Especializada em Saúde	2,3	3,1	35,4%

Fonte: Elaboração própria (Dados Base: Agência Nacional de Saúde Suplementar ano base 2022).

A avaliação da mediana do setor é um ponto interessante pois, embora de forma geral, a cessão do resseguro apresente um efeito no CBR inferior ao percentual de cessão, a mediana demonstra que, ao avaliar 50% das operadoras de cada modalidade o efeito é superior ao percentual de cessão. Ou seja, embora a redução do CBR seja inferior ao percentual de cessão, no caso das operadoras que já possuem boa taxa de suficiência, o efeito na taxa de suficiência é superior à cessão dos prêmios e eventos.

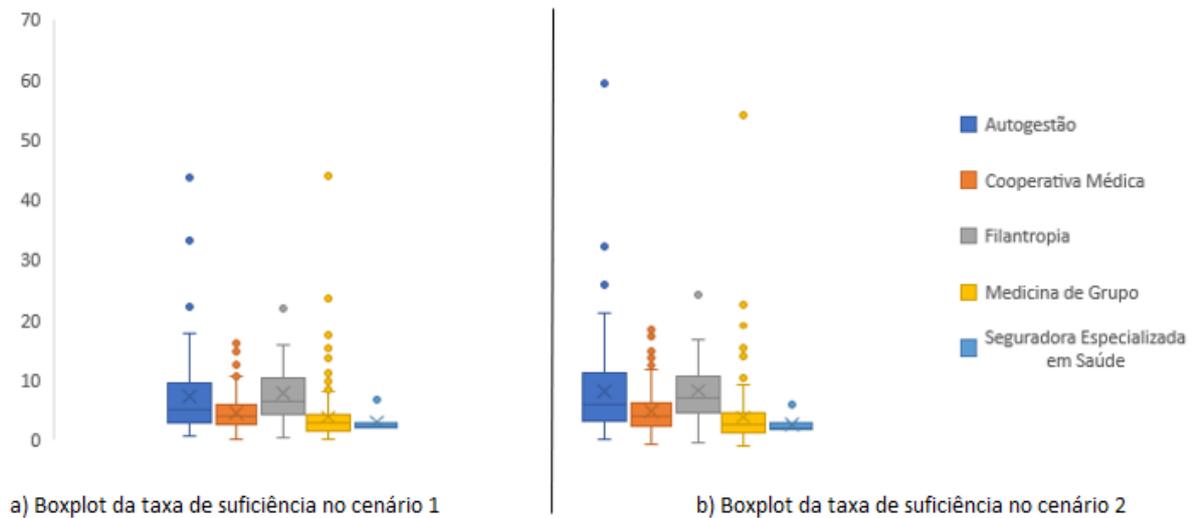
Nota-se que a necessidade de capital regulatório de todas as operadoras do mercado com beneficiários ativos e com PLA superior a zero é de R\$21,3 bilhões no cenário 1, valor este que com resseguro chega em R\$15,7 bilhões, ou seja, um efeito de aproximadamente R\$5 bilhões de reais.

A análise da Figura 4 apresenta o aumento na taxa de suficiência de Capital Regulatório considerando a cessão de resseguro em 30% quando comparado ao Capital Regulatório exigido no cenário 1, ou seja, sem a cessão do resseguro, uma vez que existem dois momentos que afetam diferentemente o capital regulatório, a Figura 4 apresenta o momento em que o sinistro foi liquidado.

Figura 4: Boxplot da taxa de suficiência do patrimônio líquido ajustado com base no capital baseado em risco parcial das operadoras que possuem CR definido pelo capital baseado em riscos e com patrimônio líquido ajustado superior a zero por segmento sem resseguro (cenário 1) e com resseguro proporcional de 30% (cenário2).



Fonte: Elaboração própria.



O boxplot, também conhecido como diagrama de caixas, é um método proporciona a localização visual da posição, dispersão, simetria, caudas e os valores extremos. Do valor mínimo até o início da caixa, estão representados 25% dos dados, já dentro da caixa estão representados mais 50% dos dados, e por fim, a haste superior representa os outros 25% restantes. Quando existem valores discrepantes estes são representados graficamente como pontos. No boxplot, as observações são consideradas outliers quando estão abaixo ou acima do limite de detecção de outliers, que é definida com base na dispersão dos dados.

A dispersão dos dados pode ser representada pelo intervalo interquartil que é a diferença entre o terceiro quartil e o primeiro quartil, ou seja, basicamente representa o tamanho da caixa representada no gráfico. O boxplot das seguradoras especializadas em saúde é mais achatado, o que indica uma baixa variabilidade e desvio padrão. Ou seja, na prática, as sete seguradoras especializadas em saúde possuem taxa de suficiência relativamente similares umas das outras, existindo apenas uma seguradora considerada como outlier.

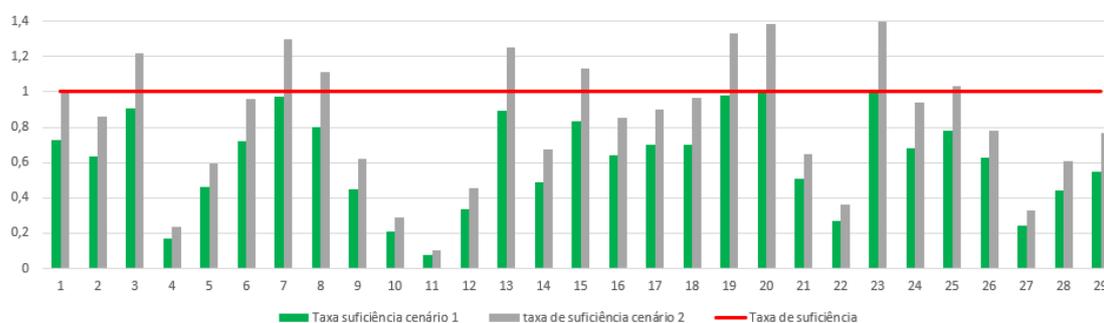


Por meio do BoxPlot é possível concluir algumas informações quanto à assimetria da taxa de suficiência do setor, isto porque, caso a linha mediana estivesse próxima ao centro do retângulo os dados seriam simétricos, no caso das operadoras analisadas, há uma assimetria positiva no cenário 1. Nota-se, contudo, que no cenário 2 há uma maior aproximação da mediana ao centro, o que permite concluir que a inserção do resseguro com a cessão de 30% para todas as operadoras tende a apresentar uma simetria quanto à taxa de suficiência (Figura 5).

Ao avaliar as operadoras que apresentaram insuficiência de patrimônio líquido ajustado frente ao capital regulatório, com o resseguro cota-parte na proporção de 30% de cessão, a necessidade de incorporação de capital passou de R\$581 milhões de reais para R\$204 milhões de reais, ou seja, uma redução de aproximadamente 65%. Além disso, 10 das 29 operadoras conseguiriam alterar o cenário para suficiente apenas com o uso do resseguro, ou seja, aproximadamente 35% das operadoras insuficientes conseguiriam alterar para situação de suficiência de PLA apenas utilizando a ferramenta de compartilhamento de risco do resseguro proporcional.

Figura 5: Comparação da taxa de suficiência com e sem resseguro para as operadoras que apresentaram insuficiência considerando o cenário base.

Fonte: Elaboração própria.



Este resultado é muito importante principalmente quando avaliado que o resseguro pode ser uma alternativa para algumas operadoras, que ao invés de aportar capital podem utilizar essa ferramenta para garantir a suficiência de capital regulatório.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

55

Recomenda-se que a ANS incorpore contas específicas de resseguro no plano de contas ou exija um quadro auxiliar com as informações sobre o resseguro para que seja possível o cálculo do capital baseado em riscos quando a operadora realizar a contratação do resseguro.

Vale destacar que os cálculos do efeito no CBR foram possíveis usando resseguro proporcional, uma vez que, com base no tipo de contrato, coletivo empresarial, adesão ou individual familiar, existem parâmetros de risco diferentes no cálculo do modelo padrão da agência, e as contas disponíveis para o resseguro não estão segregadas desta forma, recomenda-se que a ANS crie mais um quadro auxiliar, tal como foi feito para outras informações necessárias para o cálculo do CBR e que não estão disponíveis no balanço.

Diferente do que ocorre no resseguro proporcional, no resseguro não-proporcional pode ocorrer o pagamento do prêmio de resseguro sem que ocorra a indenização de sinistro por parte da resseguradora, ao mesmo tempo pode ocorrer uma cessão dos eventos em percentual superior ao de cessão dos prêmios, isto porque o ressarcimento depende de casos em que os sinistros atingirem determinado nível de custo assistencial.

Embora não tenham sido realizados cálculos para o resseguro não proporcional, os resultados do resseguro proporcional já permitem algumas conclusões. Caso a operadora apenas realize o pagamento do prêmio de resseguro e não seja elegível no período para acionar a apólice, haverá uma redução do capital regulatório devido a redução do risco de subscrição referente a parcela de CBRS-Pre.

A precificação do resseguro não proporcional é por beneficiário, ou seja, a resseguradora avalia as informações da operadora e fornece as informações para avaliação e com base no número de vidas e na análise de subscrição a resseguradora apresenta o valor por beneficiário/mês que será cobrado, a Tabela 13 apresenta o valor do capital regulatório por beneficiário, o que permite um parâmetro de comparação ao valor de precificação do resseguro.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

56

Tabela 13: média do valor do capital regulatório por beneficiário.

Modalidade	Capital regulatório por beneficiário cenário 1	Capital regulatório por beneficiário cenário 2	Redução/mês do CBR com a contratação do resseguro
Autogestão	R\$ 835,98	R\$ 613,99	R\$ 18,50
Cooperativa Médica	R\$ 350,64	R\$ 262,84	R\$ 7,32
Filantropia	R\$ 313,80	R\$ 246,76	R\$ 5,59
Medicina de Grupo	R\$ 332,13	R\$ 246,51	R\$ 7,13
Seguradora Especializada em Saúde	R\$ 900,21	R\$ 655,30	R\$ 20,41
Total Geral	R\$ 454,82	R\$ 336,50	R\$ 9,86

Fonte: Elaboração própria.

O resultado do resseguro proporcional com a cessão de 30% dos prêmios e eventos acarretou uma redução média de R\$9,86 no capital regulatório por beneficiário, este parâmetro é importante pois deve ser comparado a expectativa da operadora em recuperação de eventos frente ao valor cobrado pelo ressegurador.

Vale ressaltar que as seguradoras possuem a previsibilidade legal para a contratação de resseguro há mais tempo do que as cooperativas médicas, contudo, considerando o mesmo percentual de cessão de prêmios e eventos, a redução do capital regulatório para as seguradoras especializadas em saúde no valor de R\$20,21 é superior do que a redução das cooperativas médicas, que está em média no valor de R\$7,32 por beneficiário.

Este ponto apresenta uma informação relevante para ser avaliada, pois, considerando o modelo padrão da ANS e supondo que o valor praticado no resseguro não proporcional represente 30% de cessão dos prêmios e a expectativa da operadora seja de recuperar 30% dos eventos, se o valor cobrado pela resseguradora for de R\$10,00 por beneficiário/mês. Em termos de capital regulatório, se esta operadora for uma seguradora a contratação é vantajosa, mas não é vantajosa se for uma cooperativa médica, já se o valor for de R\$30,00 por beneficiário não é vantajosa a nenhuma das modalidades de forma geral.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

57

Uma vez que com a cessão dos prêmios e custo assistencial no mesmo percentual, houve uma redução de CBR em percentual inferior, considerando que o resseguro não proporcional permite que a recuperação dos eventos seja superior a cessão dos prêmios, deduz-se que existe empiricamente um nível de cessão de sinistros com o qual haverá uma redução no capital de risco de subscrição superior à proporção que o prêmio de resseguro representa para operadora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mercado de saúde suplementar atende uma parcela da população e auxilia o Sistema Único de Saúde- SUS, de forma que para a manutenção do SUS é importante a existência e sustentabilidade das operadoras. Considerando o cenário desafiador que se materializou no ano de 2022 em que segundo informações do prisma econômico da ANS, o mercado de saúde suplementar gerou um prejuízo de R\$11,5 bilhões, sendo o pior resultado desde o início da série elaborada pelo órgão regulador, avaliar alternativas que possam auxiliar na manutenção desse setor é relevante tanto para o próprio setor quanto para a o SUS.

O resseguro é uma ferramenta de compartilhamento de riscos, muito utilizada por outros mercados como o segurador que opera com gestão de recursos similar ao que ocorre na saúde suplementar, sendo assim neste trabalho foram realizados cálculos da contratação do resseguro quota parte de 30% para todas as operadoras com Patrimônio Líquido Ajustado positivo, com beneficiários ativos em dezembro 2022 e que possuem o capital regulatório definido com base Capital Baseado em Riscos, e observou-se uma redução média do CBR de 26,01%.

A mediana da taxa de suficiência do setor para ambos os cenários indica que pelo menos para 50% das operadoras ao ceder 30% dos prêmios, além de ressarcir 30% dos eventos também aumentam a taxa de suficiência em percentual superior a cessão dos prêmios e eventos.

Considerando apenas as parcelas do risco de subscrição e de crédito houve 29 operadoras com insuficiência de PLA. Contudo, 10 operadoras conseguiriam alterar a



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

58

insuficiência apenas com a contratação do resseguro, pois a redução no CBR foi suficiente para tornar o PLA superior ao capital regulatório.

Para as operadoras que não conseguiram alterar a situação de insuficiência a contratação do resseguro reduziu a necessidade de aumento de patrimônio líquido em 65%, o que demonstra a amplitude do efeito do resseguro no capital regulatório das operadoras de saúde e permite concluir que o resseguro pode ser uma alternativa para algumas operadoras, que ao invés de aportar capital podem utilizar esta ferramenta para garantir a suficiência de capital regulatório.

Uma limitação desta pesquisa é não realizar uma abordagem qualitativa, é importante que alguns pontos sejam qualitativamente verificados, por exemplo, o fato de apenas 3 operadoras possuírem resseguro, as perspectivas do ressegurador para o mercado de saúde e das próprias operadoras são outras questões que podem ser abordadas em pesquisas futuras complementando os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Portal de Dados Abertos**. Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/agencia-nacional-de-saude-suplementar>. Acesso em: 17 jul. 2023a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Capital Regulatório**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/capital-regulatorio>. Acesso em: 17 jul. 2023b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Contratação de Resseguro por Operadoras de Plano de Saúde, Novo Instrumento de Gestão Financeira**. Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/ContrataodeResseguroporOperadorasdePlanodeSade_r3.pdf. 2021.

ALBRECHER, H.; BEIRLANT, J.; TEUGELS, J. L. **Reinsurance: actuarial and statistical aspects**. John Wiley & Sons, 2017.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

59

AREIAS, C. A. C.; CARVALHO, J. V. de F. O Resseguro na saúde suplementar: um estudo contrafactual sobre os impactos da adoção de tratados de resseguros por operadoras de planos de saúde no Brasil. **Braz. Bus. Rev.**, v.18(2), p.217-235. 2021.

AYRES, F., LOPES, H. F., TAI, L. Y. L., OLIVEIRA, V. E. D., CARLOTTI, D. P. N., MORGULIS, M. C. D. A., AITH, F. M. A. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Instituto de Ensino e Pesquisa. 2019.

BARANOFF, E.G.; Sager T.W. **Journal of Banking & Finance**, v. 26, p. 1181–1197. 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0378-4266\(01\)00166-2](https://doi.org/10.1016/S0378-4266(01)00166-2). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378426601001662>. Acesso em: 15 jul. 2023.

BASEL COMMITTEE ON BANKING SUPERVISION. **International convergence of capital measurement and capital standards: a revised framework/comprehensive version**. Basiléia, jun. 2006. Disponível em <https://www.bis.org/publ/bcbs128.htm>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007. 142 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nova regra de capital regulatório das operadoras orientações sobre a RN 569/2020**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020. 15 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Risco de subscrição no mercado de saúde suplementar brasileiro: uma nova regulamentação**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Ministério da Saúde, 2021. 146 p.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 30 jan 2023a.

BRASIL. Resolução CNSP Nº 168, de 17 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a atividade de resseguro, retrocessão e sua intermediação e dá outras providências. **Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP**, Brasília, DF, 17 dez. 2007. Disponível em: <https://www2.susep.gov.br/safe/scripts/bnweb/bnmapi.exe?router=upload/7441>. Acesso em: 30 jan 2023b.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

60

BRASIL. Lei Complementar Nº 126, de 15 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a política de resseguro, retrocessão e sua intermediação, as operações de co-seguro, as contratações de seguro no exterior e as operações em moeda estrangeira do setor securitário; altera o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 jan. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp126.htm. Acesso em: 12 fev 2023c.

BRASIL. Resolução CNSP Nº 380, DE 04 DE MARÇO DE 2020. Altera a Resolução CNSP nº 168, de 17 de dezembro de 2007. **CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS – CNSP**, Brasília, DF, 04 de mar. 2020. Disponível em: <https://www2.susep.gov.br/safe/scripts/bnweb/bnmap.exe?router=upload/21952>. Acesso em: 10 fev 2023d.

BRASIL. Resolução NORMATIVA ANS Nº 569, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2022. Dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde, altera a Resolução Normativa ANS nº 515, de 29 de abril de 2022 e revoga a Resolução Normativa ANS nº 526 de 29 de abril de 2022, e a Resolução Normativa ANS nº 514 de 29 de abril de 2022. **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, Rio de Janeiro, RJ, 19 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyMw>. Acesso em: 10 fev 2023e.

BRASIL. LEI Nº 9.735, DE 4 DE SETEMBRO DE 1946. [LEI Nº 1.186, DE 3 DE ABRIL DE 1939]. Consolida a legislação relativa ao Instituto de Resseguros do Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 04 set. 1946. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del9735.htm#art46. Acesso em: 16 fev 2023f.

BRASIL. LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 12 fev. 2023g.

BELTRÃO, I. **O Resseguro na Saúde Suplementar**: planos e seguros de saúde o que saber, Rio de Janeiro: FenaSaúde, 2018. 22 p.

BITZIOUS, A. T. da S.; PORTAL, T. C. B. **Precificação de contrato de excesso de danos com base em modelos de distribuição agregados**. 2020. 53 p. Pós-graduação (Especialização em Atuária) - Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

61

BORGES, H. C.; ABRÃO, N. J.; ALMEIDA, C.R.V. de. Sinistralidade em cooperativas médicas. **Hu Rev.**, v.31(1/2), p.52-57. 2005.

CALDAS, G.A.; CURVELLO, R.; RODRIGUES, A. **Contabilidade dos contratos de resseguro e retrocessão**: série textos didáticos. Rio de Janeiro: ENS, 2017.

DEELSTRA, G.; PLANTIN, G. Risk theory and reinsurance. London: **Springer**, 2014.

DEPENDENCIES, R. B. C.; PARTY, Calibration Working. Solvency II Standard Formula and NAIC Risk-Based Capital (RBC). In: CAS E-Forum, v.2 p. 1-38. 2012

DROR, D. M. Reinsurance of health insurance for the informal sector. **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, p.672-678. 2001.

GOSMANN, M. C. **Metodologias de precificação de resseguro para embasar a formulação de um modelo interno com ênfase em risco de subscrição e incorporando resseguro**. 2009. 122 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Riscos Financeiros e Atuariais) - Instituto de Gestão de Riscos Financeiros e Atuarias, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LAYTON, T. J.; MCGUIRE, T. G., SINAIKO, A. D. Risk corridors and reinsurance in health insurance marketplaces: insurance for insurers. **Am J Health Econ.**, v.2(1), p.66-95. 2016.

LEAL, R.M.; MATOS, J. B. B. de. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **RAE**, v.49(4), p.447-458. out/dez. 2009.

MACHADO, A. L. A. Os impactos da declaração de taxatividade do rol da ans pelo STJ no ecossistema da saúde suplementar. **Caderno Virtual**, v. 1(53), 2022.
Disponível em:
<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/6386>. Acesso em: 15 jul. 2023.

MCCUE, M J. Experiência Precoce de Finanças Desempenho e solvência de seguradoras focadas no Medicaid Em expansão ACA. **Pesquisa e Revisão de Cuidados Médicos**, v. 74(6) 750–762. 2017.

MUNICH REINSURANCE AMERICA. (2010). Reinsurance: A Basic Guide to Facultative and Treaty Reinsurance. Disponível em:
https://www.munichre.com/content/dam/munichre/contentlounge/website-pieces/documents/Basic-of-RI-03-June-21.pdf/_jcr_content/renditions/original./Basic-of-RI-03-June-21.pdf.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

62

OCKÉ-REIS, C.O. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31(7), p.1351-1353, jul. 2015.

SANGLARD, I. Maior uso dos serviços de saúde impactou os custos. **Saude bussines**. 2023. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/mercado/o-aumento-do-custo-da-saude-no-brasil-em-2023>. Acesso em: 17 jul. 2023.

SANTOS, F. P. dos.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Cien Saude Colet**, v.13(5), p. 1463-1475. 2008.

RISK-BASED CAPITAL. **National Association of Insurance Commissioners**. 2023. Disponível em: <https://content.naic.org/cipr-topics/risk-based-capital>. Acesso em: 25 mai. 2023.

WANG, W. L. W., FAJRELDINES, E., VASCONCELOS, N. P., MALIK, A. M., OLIVEIRA, B. C., SOUZA, J. L., ARANTES, L., MIZIARA, N. M. A judicialização da saúde suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1ª e 2ª instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo. 2023.

Zhu, J. M., Layton, T., Sinaiko, A. D., & McGuire, T. G. (2013). The power of reinsurance in health insurance exchanges to improve the fit of the payment system and reduce incentives for adverse selection. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**. v. 50(4), p. 255-274. 2013.

ANEXOS

Anexo I- Fluxograma do desenho da metodologia

