

TERMO DE APROVAÇÃO

Dispõe sobre a criação do Pronunciamento Atuarial CPAO 34 – Teste de adequação de passivo – TAP (No âmbito da Saúde Suplementar)

O **COMITÊ DE PRONUNCIAMENTOS ATUARIAIS – CPA do INSTITUTO BRASILEIRO DE ATUÁRIA – IBA**, no exercício de suas atribuições legais e regimentais, com base na Resolução 01/2022 e por consequência registrada na ata nº 06/2022 da Reunião dos Membros do Comitê de Pronunciamentos Atuariais, realizada no dia 29º de junho de 2022,

CONSIDERANDO o desenvolvimento da profissão atuarial no Brasil e a maior abrangência de atuação do profissional atuário em suas atividades técnicas.

CONSIDERANDO a necessidade de prover fundamentação apropriada para interpretação e aplicação do disposto na legislação vigente,

RESOLVE:

Art. 1º - Nos termos do artigo 1º do Decreto-Lei nº 806, de 04.09.1969, que dispõe sobre o exercício da profissão de atuário e regulamentação estabelecida pelo Decreto nº 66.408, de 03.04.1970, este Pronunciamento tem por objetivo divulgar procedimentos específicos sobre as melhores práticas que devem ser consideradas no que diz respeito as metodologias a serem utilizadas para a elaboração do TAP para as operadoras supervisionadas pela ANS, em consonância com as normas e orientações dos órgãos reguladores, fiscalizadores e pronunciamentos do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA).

Art. 2º - O CPA é parte anexa do Termo das atas nº 08/2022 e nº 11/2022 e poderá ser alterado com o objetivo de adaptar-se à evolução do trabalho do atuário e/ou de sua atividade profissional, em conformidade com as normas emanadas pelo IBA a respeito.

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2022.

DANIEL RAHMI CONDE
Coordenador do CPA

COMITÊ DE PRONUNCIAMENTOS ATUARIAIS (CPA)

CPAO Nº 034

TESTE DE ADEQUAÇÃO DE PASSIVO-TAP (NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR)

Versão de dezembro de 2022

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	4
II. OBJETIVO.....	4
III. DEFINIÇÕES.....	4
IV. ALCANCE E RESPONSABILIDADE.....	6
V. DIRETRIZES TÉCNICAS.....	6
VI. PRINCÍPIOS.....	8
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	8
VIII. REFERÊNCIAS.....	9

I. INTRODUÇÃO

1. O presente Pronunciamento Técnico destina-se a estabelecer os princípios básicos que norteiam a elaboração do TESTE DE ADEQUAÇÃO DO PASSIVO – TAP.
2. O Segmento de Saúde Suplementar está definido segundo os ditames dos art. 196 e 199 da CFB/1988, devidamente complementado pelo art. 4º da Lei nº 8080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde - SUS, no qual está inserido o Segmento Privado de Saúde Suplementar – disposto pela Lei 9.656/1998, e subordinado às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Lei nº 9.961, de 2000.

II. OBJETIVO

3. O objetivo deste pronunciamento é fornecer à comunidade atuarial os princípios que fundamentam o desenvolvimento de metodologias a serem utilizadas para a elaboração do TAP para as operadoras supervisionadas pela ANS, excetuando as operadoras classificadas como administradoras de benefícios.

III. DEFINIÇÕES

4. Teste de Adequação de Passivo (TAP): estimativa do valor presente dos fluxos de caixa que decorram do cumprimento dos contratos de planos de saúde, na modalidade de preço preestabelecido.
5. Contraprestação ou Prêmio: Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados, denominado neste documento apenas como contraprestação.
6. Evento ou Sinistro: utilização de um serviço previsto na cobertura do plano, denominado neste documento apenas como eventos.
7. Melhor Estimativa: Aquela que representa o valor esperado, com base na documentação, premissas e dados disponíveis no momento do cálculo.
8. Cobertura: relação dos serviços de assistência à saúde que compreende os procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de eventuais coberturas adicionais previstas em contratos e/ou produtos. No caso dos produtos anteriores à Lei 9.656/98 não adaptados, deverá ser considerada a cobertura prevista no contrato firmado entre as partes.
9. Tipos de Segregação de Contratos: Corresponde ao agrupamento de risco para o qual será realizado o Teste de Adequação de Passivos, devendo respeitar minimamente a previsão de regulamentação específica.
10. Corresponsabilidade: atendimento de forma continuada por uma Operadora a beneficiários com vínculo contratual junto a outra Operadora, com assunção de riscos assistenciais. Este atendimento pode ser regulado por intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade, 'repassé', dentre outros.
11. Formação de preço: valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada,

podendo ser preestabelecido, pós-estabelecido ou misto.

11.1 Preestabelecido: modalidade na qual o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas;

11.2 Pós-estabelecido: modalidade na qual o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização dos eventos com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico hospitalar.

O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

a) rateio: a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total ou parcial das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;

b) custo operacional: a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais, sendo vedado o repasse integral ao beneficiário.

11.3 misto: modalidade na qual parte das coberturas assistenciais é financiada em modalidade preestabelecida, e outra parte em modalidade pós-estabelecida.

12. Despesa Assistencial: corresponde à soma das despesas resultantes de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas.

13. Despesa com Comissão/Comercialização: Corresponde à soma das despesas que tenham relação direta com a promoção, venda, colocação e distribuição do plano de assistência à saúde.

14. Despesa Administrativa: Corresponde à soma das despesas relacionadas à direção e gestão da operadora. São exemplos de despesas administrativas: salários, despesa com localização e funcionamento da operadora, serviços administrativos prestados por terceiros, dentre outras.

15. Glosa: retenção ou cancelamento de parte ou totalidade de um evento, cujo pagamento não é devido por parte da Operadora ao prestador, ou que será objeto de discussão entre as duas partes.

16. Coparticipação ou franquia: mecanismo financeiro de regulação que consiste na parcela da despesa assistencial ocorrida a ser paga pelo beneficiário ou responsável financeiro.

17. Metodologia: regras estabelecidas para o desenvolvimento do Teste de Adequação de Passivo.

18. Data de avaliação: data da realização do estudo.

19. Provisão de Contraprestação/Prêmios Não Ganhos (PPCNG): refere-se à parcela de contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu.

20. Provisão de Insuficiência de Contraprestações/Prêmios (PIC): estimativa dos valores totais de insuficiência de contraprestações para a cobertura de despesas com a operação de

planos de saúde, operados na modalidade de preço preestabelecido, cobrindo no mínimo as despesas assistenciais, despesas comerciais, e despesas administrativas.

21. Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA relacionadas ao Sistema Único de Saúde - SUS e Outros prestadores): estimativa dos valores totais de despesas assistenciais geradas pelos beneficiários (ocorridas), porém ainda não reconhecidas contabilmente pela operadora (não avisadas).

22. Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL relacionadas ao Sistema Único de Saúde - SUS e outros prestadores): refere-se ao montante de eventos ocorridos e reconhecidos contabilmente (avisados), mas que ainda não foram pagos pela operadora.

23. Provisão de Remissão: refere-se às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes.

24. Outras Provisões Técnicas: eventuais provisões necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da operadora, que permitam assegurar o cumprimento dos compromissos decorrentes dos contratos de planos privados de assistência à saúde.

25. Modalidade: Classificação da operadora, conforme registro junto à ANS.

IV. ALCANCE E RESPONSABILIDADE

26. Este pronunciamento terá seu alcance para os atuários que atuam no segmento de saúde suplementar.

27. A escolha de metodologias é de exclusiva responsabilidade do atuário e, desta forma, não representa uma atribuição ou responsabilidade do IBA.

V. DIRETRIZES TÉCNICAS

Estimativa

28. Para desenvolvimento do TAP deverão ser consideradas as contraprestações e despesas, tanto as ocorridas quanto as a ocorrer, referentes aos riscos assumidos pela operadora na data base de cálculo.

28.1. Para a apuração das contraprestações e despesas a ocorrer deverá ser estimado o Fluxo de Caixa futuro, considerando os valores projetados para as despesas assistenciais, não assistenciais e receitas de contraprestações líquidas, referentes aos riscos assumidos pela operadora na data base de cálculo. Considerando no mínimo os seguintes aspectos:

- 1) O período de apuração do risco assumido deverá considerar a vigência dos contratos na data base de cálculo.
- 2) Serão considerados beneficiários para fins de apuração do TAP, aqueles com contratos ativos, na modalidade de preço preestabelecido, sem considerar a entrada de novos beneficiários;
- 3) Como possibilidades de exclusão dos beneficiários durante o período de projeção poderão ser consideradas:

- a) por óbito, que deverá ser definido por tábua biométrica atestada pelo atuário para a população exposta e respeitar a previsão legal;
- b) probabilidade de saída, apurada por metodologia a ser definida pelo atuário, em função da inadimplência, ou qualquer outro motivo de cancelamento que não seja por óbito.
- 4) A taxa de juros a ser aplicada para trazer o fluxo projetado a valor presente, deverá ser adequada ao perfil de investimentos da Operadora, avaliando o cenário econômico na data base de cálculo.
- 5) A projeção da despesa assistencial deverá ser realizada considerando: a mudança do perfil etário; a variação da demanda por serviços; o aumento no custo dos serviços médicos-hospitalares, tais como: avanço tecnológico, negociação com os prestadores de serviços, aumento no preço de insumos, dentre outros; incluindo os impactos por atualização de inclusão de novas coberturas.
- 6) A projeção da receita de contraprestação deverá ser realizada considerando os entendimentos legais e regulatórios.
- 7) Para apuração do fluxo futuro, deverão ser projetadas também as despesas e receitas não assistenciais, que se aplicam à realidade da operadora.

28.2. Para a apuração das contraprestações e despesas ocorridas na data base de cálculo, deverão ser avaliadas as provisões técnicas atuariais aplicáveis à operadora, verificando se os valores registrados estão aderentes à necessidade.

29. O TAP deverá ser desenvolvido pela operadora que possua contratos na modalidade de preço preestabelecido através de metodologia atuarial específica.

30. A metodologia escolhida pelo atuário para o desenvolvimento do TAP deverá refletir os riscos vigentes na data base de cálculo.

Pontos Relevantes

31. O Atuário deverá se atentar aos aspectos que podem influenciar no desenvolvimento do TAP.

32. São exemplos de mudanças operacionais que podem afetar os dados ou projeção para o desenvolvimento do TAP: a negociação com os contratantes e prestadores de serviços, a aquisição ou perda de carteiras, mudanças na prática de regulação da oferta do plano, a instalação de novo sistema para a operação das linhas de negócio, a revisão de critérios contábeis.

33. Mudanças significativas nas coberturas contratadas, alterações nos mecanismos financeiros de regulação (fator moderador), regras de reajuste das contraprestações, entre outros, podem afetar o valor final do TAP.

34. O desenvolvimento do TAP deve refletir a expectativa do impacto de eventuais mudanças, adequando a metodologia de acordo com a mais aderente à realidade da carteira da operadora.

35. Também deve ser analisado o impacto das influências externas nas despesas futuras, incluindo o ambiente regulatório e/ou econômico, como por exemplo, aspectos associados ao desenvolvimento de novas tecnologias no setor de saúde e à variação cambial.

VI. PRINCÍPIOS

36. O atuário tem a responsabilidade de analisar os resultados e ajustar as premissas de forma a refletir as expectativas apresentando as justificativas técnicas para tanto, principalmente quando os dados históricos, por quaisquer razões, não refletirem o desenvolvimento futuro esperado.

37. O atuário deverá registrar em nota técnica atuarial a metodologia adotada para o desenvolvimento do TAP contendo minimamente os itens citados neste CPA. A nota técnica atuarial deverá ser clara e suficiente para que outro atuário seja capaz de reproduzir os mesmos resultados.

Considerações Técnicas

38. Uma discussão detalhada sobre a metodologia e aplicabilidade das práticas de desenvolvimento do TAP está além do escopo deste documento. A seleção da metodologia mais adequada para estimativa é de responsabilidade exclusiva do atuário.

39. Compreender as tendências e mudanças que afetam as provisões que compõem o TAP é pré-requisito para a aplicação das metodologias atuariais de cálculo.

40. Se uma mudança de prática é detectada, seu impacto na estimativa das provisões deve ser avaliado e refletido de imediato.

41. O conhecimento das características gerais da carteira é imprescindível para o adequado desenvolvimento do TAP.

42. O atuário deverá observar a regulamentação relativa à Lei Geral de Proteção de Dados vigente, para realização dos estudos no desenvolvimento do TAP.

Disponibilidade e Credibilidade dos Dados

43. Os dados devem atender aos requisitos básicos para o correto desenvolvimento do TAP. Os valores observados na base de dados precisam estar minimamente conciliados com os valores contabilizados e em relatórios públicos fidedignos.

44. Verificar a coerência da base de dados com os demonstrativos contábeis da operadora tem por objetivo minimizar possíveis erros não identificados na extração dos dados e que podem influenciar na consistência da metodologia atuarial.

45. O atuário deverá realizar testes de qualidade da base de dados, além da conciliação contábil, porém não é de exclusiva responsabilidade desse profissional atestar sua fidedignidade e consistência, tendo em vista que a atividade de auditoria de dados caberá ao profissional habilitado para tanto.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

46. A metodologia desenvolvida pelo atuário deverá ser transcrita em Parecer Atuarial, com a descrição obrigatória dos parâmetros e premissas utilizadas no desenvolvimento do TAP.

47. O Parecer Atuarial deverá ser assinado por um atuário com registro ativo no IBA, com plenos direitos para o exercício da profissão no momento da elaboração do documento, devendo informar seu número MIBA ou CIBA.

48. Para emissão de parecer de auditoria atuarial referente ao TAP recomenda-se que preferencialmente seja realizado por atuário certificado, em função da complexidade do cálculo que demanda experiência.

VIII. REFERÊNCIAS

49. A seguir estão elencadas referências bibliográficas de apoio à compreensão do objetivo deste Pronunciamento:

- a) BRASIL, Lei 9.656 de 3 de julho de 1998, Brasília, 1998;
- b) www.ans.gov.br;
- c) MANO, C. C. A.; FERREIRA, P. P., Aspectos Atuariais e Contábeis das Provisões Técnicas. Funenseg, 1ª edição, 2009.
- d) CPA 010 – PRINCÍPIOS ATUARIAIS PARA FORMAÇÃO E REVISÃO DE PREÇOS NO AMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <https://atuarios.org.br/wp-content/uploads/2021/12/CPA-010-PRECIFICACAO-DE-PLANOS-DE-SAUDE.pdf>
- e) CPA Nº 022 – PEONA - PROVISÃO PARA EVENTOS/SINISTROS OCORRIDOS E NÃO AVISADOS (NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR). Disponível em: <https://atuarios.org.br/wp-content/uploads/2021/12/CPA-022-PROVISAO-PAR-EVENTOS-OCORRIDOS-E-NAO-AVISADOS-PEONA-NO-AMBITO-DA-SAUDE-SUPLEMENTAR.pdf>
- f) CPA Nº 028 PROVISÃO PARA INSUFICIÊNCIA DE CONTRAPRESTAÇÃO/PRÊMIO – PIC Disponível em: <https://atuarios.org.br/wp-content/uploads/2021/12/CPA-028-PROVISAO-PARA-INSUFICIENCIA-DE-CONTRAPRESTACOESPREMIOS-PIC.pdf>