



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE**  
**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ATUARIAIS**

**VENICIUS BARBOSA SILVA**

**ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS ATIVOS GARANTIDORES EM RELAÇÃO ÀS**  
**PROVISÕES TÉCNICAS EM OPERADORAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2019 A**  
**2022**

**FORTALEZA**  
**2023**

VENICIUS BARBOSA SILVA

**ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS ATIVOS GARANTIDORES EM RELAÇÃO ÀS  
PROVISÕES TÉCNICAS EM OPERADORAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2019 A  
2022**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Ciências Atuariais da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientador: Prof. Ms. Sérgio César de Paula Cardoso

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S584a Silva, Venicius Barbosa.

Análise da adequação dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas em operadoras de saúde no período de 2019 a 2022 / Venicius Barbosa Silva. – 2023.

58 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Administração, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof. Prof. Ms. Sérgio César de Paula Cardoso.

1. Ativos Garantidores. 2. Provisões Técnicas. 3. Saúde Suplementar. I. Título.

CDD 658

---

VENICIUS BARBOSA SILVA

**ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS ATIVOS GARANTIDORES EM RELAÇÃO ÀS  
PROVISÕES TÉCNICAS EM OPERADORAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2019 A  
2022**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Ciências Atuariais do Departamento de  
Administração da Universidade Federal do  
Ceará, como requisito parcial à obtenção  
do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Sérgio César de Paula Cardoso (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Alane Siqueira Rocha  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Ms. Alana Katielli Nogueira Azevedo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Para Leide, Zefinha e Nalba.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Leide e Vandilmar, agradeço por todo cuidado, dedicação, incentivo e por sempre estarem ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória. Mãe, pai, obrigado!

À minha família, em especial aos meus irmãos, Sarah, Victor e Simão, obrigado por todo apoio ao longo desses anos. Obrigado pela força!

Ao professor Sérgio César, por sua confiança, dedicação e sua orientação neste trabalho, obrigado!

Aos professores participantes da banca examinadora Alane Siqueira e Alana Katielli.

Agradeço a minha namorada Rethiele, que jamais me negou apoio, carinho e incentivo. Obrigado!

A minha equipe da (DIAT), em especial ao Felipe e Mai por toda contribuição, aprendizado e ajuda.

A todos os professores do curso de Ciências Atuariais por contribuir na minha formação acadêmica e profissional.

Agradeço ao Emilson, por toda ajuda e apoio, por sempre ser solícito quando precisamos. Obrigado!

Por fim, a todos que contribuíram de forma direta e indiretamente. Obrigado!

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos.” (Marcel Proust)

## RESUMO

O setor de saúde suplementar no Brasil passou por transformações com a Lei nº 9.656/1988, que normatiza as operadoras de planos de saúde (OPS), culminando na instauração da Agência Nacional de Saúde (ANS) como instância reguladora e fiscalizadora. Contando com aproximadamente 50 milhões de usuários, representando uma proporção considerável da população. A adequação financeira dessas operadoras é fundamental para sua sustentabilidade de todo o setor, avaliada pela relação entre ativos garantidores e provisões técnicas. Uma relação igual ou superior a zero indica recursos suficientes para o cumprimento de obrigações, enquanto uma relação negativa denota inadequação financeira. A insuficiência compromete o acesso aos serviços de saúde e a estabilidade do mercado de saúde suplementar, tornando essencial que as operadoras mantenham uma relação positiva para garantir a qualidade e segurança dos serviços prestados aos beneficiários. O objetivo deste estudo é analisar a suficiência dos ativos garantidores das operadoras de saúde em relação às suas provisões técnicas durante o período de 2019 e 2022. Utilizou-se como fonte de dados as informações disponíveis das Operadoras de Planos de Saúde registradas ativamente na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) durante o período de 2019 a 2022. Em geral, os resultados do estudo revelaram uma piora no número de operadoras que apresentaram insuficiência de ativos garantidores ao longo dos anos. Ao analisar o índice de suficiência 1 (IS1) em uma amostra de 621 operadoras, verificou-se que, ao final de 2022, 200 operadoras (32,20% do total) apresentaram insuficiência de ativos garantidores em relação a quantidade requerida de provisões técnicas, por fim, constatou-se as modalidades com maior exposição a cenários de insuficiência são as medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestão e filantrópicas.

**Palavras-chave:** Ativos Garantidores; Provisões Técnicas; Saúde Suplementar.

## **ABSTRACT**

The supplementary health sector in Brazil underwent transformations with Law No. 9,656/1988, which regulates health plan operators (OPS), culminating in the establishment of the National Health Agency (ANS) as a regulatory and supervisory body. With approximately 50 million users, representing a considerable proportion of the population. The financial adequacy of these operators is fundamental to the sustainability of the entire sector, assessed by the relationship between guarantee assets and technical provisions. A ratio equal to or greater than zero indicates sufficient resources to meet obligations, while a negative ratio denotes financial inadequacy. Insufficiency compromises access to health services and the stability of the supplementary health market, making it essential that operators maintain a positive relationship to guarantee the quality and safety of services provided to beneficiaries. The objective of this study is to analyze the sufficiency of health operators' guarantee assets in relation to their technical provisions during the period 2019 and 2022. The information available from Health Plan Operators actively registered with the National Agency was used as a data source. of Supplementary Health (ANS) during the period from 2019 to 2022. In general, the results of the study revealed a worsening in the number of operators that presented insufficient guarantee assets over the years. When analyzing the sufficiency index 1 (IS1) in a sample of 621 operators, it was found that, at the end of 2022, 200 operators (32.20% of the total) had insufficient guarantee assets in relation to the required amount of technical provisions. Finally, the modalities with greater exposure to insufficiency scenarios were found to be group medicine, medical cooperatives, self-management and philanthropic practices.

**Keywords:** Guarantee Assets; Technical Provisions; Supplementary Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Painel de receitas e despesa das operadoras de saúde em 2022.....	18
Figura 2 - Aplicações Financeiras das OPS em 2022 .....	25
Figura 3 - Provisões técnicas constituídas em dezembro de 2022 .....	27
Figura 4 - Ilustração do momento da necessidade de constituição de cada provisão .....	29
Figura 5 - Procedimentos para definição do tamanho da amostra .....	37

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Distribuição da população por modalidade de OPS .....	40
Gráfico 2 - Evolução das provisões técnicas entre 2019 e 2022.....	42
Gráfico 3 - Evolução do Índice Suficiência 1 entre 2019 e 2022 .....	44
Gráfico 4 - Evolução do Índice Suficiência 2 entre 2019 e 2022 .....	45
Gráfico 5 - Evolução do índice suficiência 3 entre 2019 e 2022.....	46
Gráfico 6 – Análise de suficiência das operadoras de saúde entre 2019 e 2022 .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Usuários de planos de saúde por região.....	17
Tabela 2 - Modelo das Demonstrações Contábeis.....	36
Tabela 3 - Distribuição da amostra por modalidade de OPS. ....	41
Tabela 4 - Evolução das provisões nos entre 2019 e 2022 em bilhões. ....	42
Tabela 5 - Evolução dos ativos garantidores, ativos livres e imóveis entre 2019 e 2022 em bilhões.....	43
Tabela 6 - Análise da composição dos Índices de Suficiência em dezembro de 2022. ....	47
Tabela 7 - Análise comparativa dos indicados de suficiência abertos por modalidade em dezembro de 2022. ....	48
Tabela 8 - Quantidade de usuários de assistência médica por indicador de insuficiência e modalidade de operadora em dezembro de 2022. ....	49
Tabela 9 - Quantidade de usuários de assistência odontológica por indicador de insuficiência e modalidade de operadora em dezembro de 2022 .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG	Ativos Garantidores
AL	Ativos Livres
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AUC	Area Under the Curve
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIRAD	Diretoria Adjunta da DIDES
GEIRS	Gerência de integração e ressarcimento ao SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IS1	Índice de suficiência 1
IS2	Índice de suficiência 2
IS3	Índice de suficiência 3
NTAP	Nota Técnica Atuarial de Provisão
OPS	Operadora de Saúde
PEONA	Provisões para eventos/sinistros ocorridos e não avisados
PESL	Provisões para eventos/sinistros ocorridos a liquidar
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Provisão para Insuficiência de Contraprestação
PT	Provisões Técnicas
RN	Resolução Normativa
ROC	Receiver Operating Characteristic
SUS	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE SÍMBOLOS

R\$ Real

% Porcentagem

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	16
2.1	Mercado de Saúde Suplementar.....	16
2.1.1	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) .....	18
2.1.2	Modalidades de contratação.....	20
2.2	Operadoras de planos de saúde (OPS) .....	20
2.2.1	Modalidades de operadoras .....	21
2.3	Ativos Garantidores (AG) .....	24
2.4	Ativos Livres (AL) .....	25
2.5	Imóveis.....	26
2.6	Provisões Técnicas (PT) .....	27
2.7	Análise de Suficiência .....	32
2.8	Revisão de Literatura .....	33
3	METODOLOGIA.....	35
3.1	Abordagem.....	35
3.2	Coleta das informações.....	36
3.3	População e amostra do estudo.....	36
3.4	Indicadores.....	37
3.4.1	Índice de suficiência 1 – IS1 .....	38
3.4.2	Índice de suficiência 2 – IS2 .....	38
3.4.3	Índice de suficiência 3 – IS3 .....	39
4	RESULTADOS .....	40
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53
	ANEXO A – CONTAS CONTÁBEIS UTILIZADAS. ....	55

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a regulação da Saúde Suplementar ocorreu em 1998, abrangendo os planos privados de assistência à saúde. Atualmente o mercado de saúde suplementar no Brasil é composto por um expressivo número de usuários vinculados a Operadoras de Saúde, totalizando aproximadamente 50 milhões de pessoas com cobertura médica e 30 milhões com cobertura odontológica conforme dados disponíveis na plataforma TABNET ANS em junho de 2023. Esses números representam, respectivamente, cerca de 24,31% e 14,76% da população brasileira, considerando os dados do Censo de 2022. No ano de 2022, esse mercado gerou receitas em torno de R\$ 270 bilhões com despesas em montante equivalente.

Levando em consideração o papel relevante dos planos de saúde privados como complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo uma alternativa de acesso a serviços de saúde de qualidade para milhões de brasileiros, é de extrema importância para a sociedade que o setor seja capaz de cumprir suas obrigações financeira e manter sua solvência. Diante dessa relevância, surge a seguinte questão: o segmento de operadoras de saúde apresenta essa desejável saúde financeira?

Um indicador financeiro que tem a capacidade de avaliar essa condição é a relação dos ativos garantidores das operadoras de saúde e às suas provisões técnicas. Essa relação busca garantir que as operadoras possuam recursos financeiros suficientes para cobrir os custos e despesas estimados.

Com o intuito de obter uma avaliação mais precisa da saúde financeira das operadoras de saúde nesse segmento, a análise desse indicador se torna essencial. Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo é examinar se os ativos garantidores das operadoras de saúde estão adequados às suas provisões técnicas durante o período de 2019 e 2022. A análise desse indicador ao longo do tempo permite verificar a estabilidade financeira do setor no período, bem como identificar tendências.

Em complemento, buscou-se quantificar as operadoras de saúde com e sem suficiência, classificá-las em diferentes modalidades e apresentar uma abertura pelo número de beneficiários do setor.

Utilizando como fonte de dados as informações disponíveis das Operadoras de Planos de Saúde registradas ativamente na Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS). Foi estabelecido o período de 2019 e 2022, utilizando os dados disponíveis no banco de dados da ANS. Essa abordagem permite uma análise abrangente e atualizada, utilizando informações confiáveis e consistentes fornecidas pela agência reguladora do setor.

Além deste capítulo inicial este trabalho está estruturado em outros quatro capítulos. O capítulo 2 traz o referencial teórico, discorrendo sobre a história do mercado de saúde suplementar a partir de sua regulação, além de abordar a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), conceituando os principais temas que serão abordados neste estudo como operadoras de saúde, ativos garantidores, ativos livres, imóveis e provisões técnicas com uma breve explanação sobre as principais provisões técnicas com impacto na relação de suficiência entre os ativos garantidores e as provisões técnicas.

No capítulo 3, é realizada uma revisão breve da literatura, explorando as publicações relacionadas ao tema de pesquisa, com especial enfoque nas metodologias empregadas em cada um dos estudos. Essa revisão tem como objetivo fornecer um panorama abrangente das pesquisas anteriores que abordam o mesmo tema, destacando as abordagens metodológicas adotadas em cada uma delas.

No capítulo 4, é apresentada a metodologia da pesquisa, que abrange os conceitos, métodos e técnicas utilizados para obter os resultados do estudo. Nesse capítulo, são detalhados os procedimentos adotados, incluindo a descrição dos instrumentos de coleta de dados, a seleção da amostra, a análise estatística aplicada e outras etapas relevantes para alcançar os objetivos da pesquisa.

No capítulo 5, são apresentadas as considerações finais da pesquisa, juntamente com uma análise das limitações identificadas durante o estudo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo aborda a relevância da saúde suplementar no Brasil e seu impacto na sociedade. O setor atua como um complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo planos privados de assistência à saúde. Exemplificando a importância que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao desempenhar um papel crucial como órgão regulador deste mercado, sendo responsável pela fiscalização e normatização das operadoras de saúde, responsável pela regulação de ativos garantidores, ativos livres, imóveis e provisões técnicas os quais terão seus conceitos explorados neste capítulo e são parte fundamental da análise de suficiência das operadoras.

### 2.1 Mercado de Saúde Suplementar

O sistema de saúde brasileiro é estabelecido como único e universal pela Constituição Federal de 1988, dentre seus inúmeros artigos, o artigo 197 reconhece a relevância das pessoas físicas e jurídicas na prestação de serviços de saúde e estabelece o poder público como principal regulador, controlador e fiscalizador dos mesmos (Brasil, 1988). O legado do sistema de saúde anterior a constituição de 1988, impulsionado por fatores políticos e econômicos, influenciou a formação de um sistema de saúde com uma relação complexa entre os setores público e privado. Essa relação se manifesta no acesso aos serviços de saúde, na estruturação das redes de assistência, no financiamento do setor e na implementação de políticas públicas. (Santos *et al*, 2008).

A saúde suplementar no Brasil está baseada em legislações e regulamentações específicas que estabelecem regras, direitos e deveres tanto das operadoras de planos de saúde quanto dos beneficiários. O principal marco legal da saúde suplementar é a Lei nº 9.656/1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde. Essa lei estabelece as diretrizes e normas gerais para a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Ela define as modalidades de contratação, as coberturas obrigatórias, os prazos de carência, as regras para reajuste de mensalidades, entre outros aspectos relacionados à oferta e ao funcionamento dos planos de saúde (Ballardim, 2018).

O mercado saúde suplementar possui aproximadamente 50 milhões de usuários com cobertura médica e 30 milhões com cobertura odontológica, o que corresponde respectivamente a 24,31% e 14,76% da população brasileira considerando o CENSO 2022 distribuídos nas cinco regiões brasileiras conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Usuários de planos de saúde por região.

<b>Região</b>	<b>Cobertura Médica</b>	<b>Cobertura Odontológica</b>
Norte	1.850.823	1.385.442
Nordeste	7.072.761	6.193.034
Centro Oeste	3.578.092	2.040.541
Sul	30.650.042	17.753.507
Sudeste	7.295.976	3.288.681
<b>Total Geral</b>	<b>50.447.694</b>	<b>30.661.205</b>

Fonte: Elaboração Própria a partir de informações do TABNET 2023.

Durante o ano de 2022 o mercado de saúde obteve um faturamento de 271 bilhões de reais de acordo com o painel contábil da saúde suplementar o que equivale a 2,74% do Produto Interno Bruto (PIB) do ano de 2022 segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A Figura 1 mostra uma abertura das receitas e despesas de todo o setor.

Figura 1 - Painel de receitas e despesa das operadoras de saúde em 2022

Conta Contábil	Valor Final
<b>3 - RECEITAS</b>	<b>R\$271.735.684.259,32</b>
31 - RECEITAS COM OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	R\$241.539.846.100,28
32 - (-) TRIBUTOS DIRETOS DE OPERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	-R\$3.231.513.485,47
33 - OUTRAS RECEITAS OPERACIONAIS	R\$15.803.567.911,50
34 - (-) TRIBUTOS DIRETOS DE OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	-R\$263.458.346,93
35 - RECEITAS FINANCEIRAS	R\$14.930.140.496,92
36 - RECEITAS PATRIMONIAIS	R\$2.934.501.090,57
37 - RECEITAS ADMINISTRATIVAS	R\$22.600.492,45
<b>4 - DESPESAS</b>	<b>R\$271.016.085.181,11</b>
41 - EVENTOS INDENIZÁVEIS LÍQUIDOS / SINISTROS RETIDOS	R\$208.138.594.142,04
43 - DESPESAS DE COMERCIALIZAÇÃO	R\$8.363.982.290,45
44 - OUTRAS DESPESAS OPERACIONAIS	R\$20.728.471.336,55
45 - DESPESAS FINANCEIRAS	R\$5.254.001.396,74
46 - DESPESAS ADMINISTRATIVAS	R\$25.930.435.595,57
47 - DESPESAS PATRIMONIAIS	R\$2.600.600.419,76
<b>6 - CONTAS DE DESTINAÇÃO/APURAÇÃO DE RESULTADO</b>	<b>R\$113.216.655,54</b>

Fonte: Painel contábil da saúde suplementar (ANS, 2023).

Segundo *Pietrobon et al.* (2008), a saúde suplementar desempenha um papel fundamental na oferta de serviços de saúde acessíveis e de qualidade para uma parcela significativa da população. Os planos de saúde suplementar são uma opção para aqueles que desejam uma cobertura mais abrangente do que a oferecida pelo sistema público de saúde, além de proporcionar maior agilidade no acesso a serviços médicos.

É importante mencionar que o mercado de saúde suplementar é dinâmico e está sujeito a mudanças e desafios. Entre os desafios comuns enfrentados pelo setor estão o aumento dos custos médicos, o envelhecimento da população e a regulação governamental (*Pietrobon et al.*, 2008).

### 2.1.1 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulação, fiscalização,

normatização e controle das atividades das operadoras de planos de saúde no Brasil. Sua criação foi estabelecida pela Lei nº 9.961/2000 (Salvador; Ventura, 2012).

A atuação da ANS é guiada pelos princípios da transparência, participação social, eficiência e ética, visando sempre a proteção dos direitos dos beneficiários e a promoção do interesse público. A agência desempenha um papel fundamental na regulação e no aprimoramento do mercado de saúde suplementar no Brasil.

Conforme Salvador e Ventura (2012), a ANS tem como principal objetivo garantir a assistência suplementar à saúde com qualidade, segurança e equidade, protegendo os direitos dos beneficiários e promovendo a sustentabilidade do setor. Para alcançar esses objetivos, a agência exerce diversas atribuições, entre as quais podem ser destacadas as seguintes:

- a) Estabelece normas e diretrizes para o funcionamento dos planos de saúde, definindo regras para contratação, coberturas obrigatórias, prazos de carência, reajustes de mensalidades, entre outros aspectos;
- b) Fiscalização e controle: A ANS fiscaliza as operadoras de planos de saúde, verificando o cumprimento das obrigações legais, a qualidade dos serviços prestados e a solvência financeira das empresas;
- c) Autorização e registro de operadoras: A agência é responsável pela autorização de funcionamento e pelo registro das operadoras de planos de saúde, assegurando que elas estejam em conformidade com as exigências legais para operar no mercado;
- d) Resolução de conflitos: A ANS possui canais de atendimento aos beneficiários, onde são recebidas reclamações, denúncias e solicitações de informações. A agência atua na mediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, buscando soluções amigáveis; e
- e) Monitoramento e avaliação: A ANS realiza o monitoramento contínuo do setor de saúde suplementar, analisando indicadores de qualidade, acessibilidade e sustentabilidade, buscando identificar problemas e propor melhorias.

## **2.1.2 Modalidades de contratação**

O setor de saúde suplementar costuma ser dividido em três modalidades de contratação, os planos individuais/familiares, coletivos empresariais e coletivos por adesão.

### **2.1.2.1 Individuais/familiares**

São planos contratados por uma pessoa individualmente ou por uma família, oferecendo cobertura para consultas médicas, exames, internações hospitalares, cirurgias, entre outros procedimentos, de acordo com o contrato estabelecido (Duarte, 2015).

### **2.1.2.2 Coletivos empresariais**

São planos oferecidos por empresas aos seus funcionários como benefício, podendo abranger um grupo específico de colaboradores ou ser estendido aos seus dependentes. Esses planos podem oferecer coberturas e benefícios variados, dependendo do acordo estabelecido entre a empresa e a operadora de planos de saúde (Duarte, 2015).

### **2.1.2.3 Coletivos por adesão**

São planos oferecidos a grupos específicos, como associações profissionais, sindicatos ou entidades de classe. Os beneficiários podem aderir a esses planos através da sua associação ou entidade representativa, geralmente com condições e preços diferenciados (Duarte, 2015).

## **2.2 Operadoras de planos de saúde (OPS)**

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS) são pessoas jurídicas registradas na ANS e que oferecem planos privados de assistência à saúde. Elas podem ser constituídas sob diferentes modalidades e têm a finalidade de garantir a assistência à saúde de forma contínua, abrangendo serviços médicos, hospitalares e odontológicos. As OPS assumem o risco econômico relacionado à saúde dos beneficiários de seus planos, o que implica em investimento de recursos para adquirir bens e fornecer serviços técnicos. A complexidade do setor de saúde suplementar está relacionada às interações entre as operadoras, os beneficiários, os prestadores de serviços e o Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente o setor é dividido em

várias modalidades como administradoras, medicinas de grupo, seguradoras, cooperativas, autogestões e entidades filantrópicas (Oliveira, 2014).

### **2.2.1 Modalidades de operadoras**

No setor de saúde suplementar, as operadoras são empresas que oferecem planos de saúde e serviços relacionados. Essas operadoras podem ser classificadas em diferentes modalidades de atuação no mercado, de acordo com sua estrutura empresarial.

#### **2.2.1.1 Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo**

A medicina de grupo atua na comercialização de planos de saúde para pessoas físicas e jurídicas. Os beneficiários têm acesso a uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora, que inclui médicos, hospitais, laboratórios e clínicas. Por sua vez, a odontologia de grupo oferece planos exclusivamente odontológicos, tanto para indivíduos como para empresas. Além disso, as operadoras de odontologia de grupo podem desenvolver uma rede de serviços própria ou optar por contratar terceiros para fornecer os serviços odontológicos (Duarte, 2015).

#### **2.2.1.2 Seguradora Especializada em Saúde**

Operadoras que não possuem uma rede própria, mas adotam o modelo de referenciamento, direcionam seus beneficiários a uma rede de prestadores de serviços, aos quais efetuam os pagamentos diretamente em nome dos clientes que utilizam tais serviços. Além disso, são obrigadas a garantir a livre escolha, permitindo que os segurados optem por estabelecimentos ou profissionais de saúde não referenciados pela operadora.

Nesse cenário, quando o beneficiário opta por serviços fora da rede referenciada, ele tem direito ao reembolso das despesas, conforme estabelecido nos limites contratuais, e a operadora se compromete a efetuar o reembolso dentro do prazo máximo de 30 dias após o recebimento de toda a documentação solicitada (Oliveira, 2014).

#### **2.2.1.3 Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica**

Conforme determinado pela Lei 5.764/71 (Lei das Cooperativas), as cooperativas são sociedades constituídas por um grupo de, no mínimo, 20 pessoas,

que se associam voluntariamente com o objetivo de buscar interesses coletivos e comuns, operando sem fins lucrativos. Neste contexto, as cooperativas atuam como operadoras de planos de saúde, com a prerrogativa de comercializar seus planos tanto para pessoas físicas quanto jurídicas.

Além disso, as cooperativas têm a possibilidade de optar por duas modalidades para fornecer os serviços assistenciais: estabelecer uma rede própria de serviços ou contratar terceiros para prestarem tais serviços. Essa flexibilidade permite que as cooperativas se adaptem às demandas do mercado de saúde, proporcionando aos beneficiários uma ampla gama de opções de assistência à saúde, garantindo ao mesmo tempo um enfoque centrado no bem-estar coletivo (Brasil, 1971c).

#### **2.2.1.4 Autogestão**

De acordo com Oliveira (2014), autogestão no âmbito da saúde suplementar pode ser definida como uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, que opera planos de saúde, criada por empresas, associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais ou similares. Seu objetivo é fornecer assistência à saúde exclusivamente aos seus empregados, ex-empregados, administradores, ex-administradores, associados e dependentes do grupo familiar, até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários. Essas entidades não podem oferecer planos para o público em geral e se classificam em três grupos:

- I. Autogestão vinculada a entidades públicas ou privadas patrocinadoras, instituidoras ou mantenedoras. Elas assumem o risco financeiro e não precisam apresentar garantias financeiras à ANS;
- II. Autogestão constituída sob a forma de associação ou fundação, sem mantenedora, destinada a determinada categoria profissional e seus dependentes, desde que sejam associados ou associados ao seu instituidor. Neste caso, é necessário constituir garantias financeiras de acordo com a legislação; e

- III. Autogestão que opera planos de saúde por meio de seu departamento de recursos humanos ou órgão semelhante.

O setor de autogestão na saúde suplementar abrange sistemas de saúde internos, que podem ou não ser subsidiados por empresas empregadoras. Esses sistemas são gerenciados de forma autônoma, ou seja, as próprias empresas ou grupos de empresas são responsáveis por seu gerenciamento, representando uma parte significativa do setor de saúde suplementar no Brasil. Os sistemas de autogestão são uma alternativa ao modelo comercial de saúde suplementar, em que as operadoras buscam obter lucro. Nas autogestões, o foco é oferecer assistência à saúde adequada e sustentável aos beneficiários, não visando ao lucro. Seu objetivo principal é garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade para os beneficiários, bem como proporcionar uma gestão mais direta e participativa dos planos de saúde. As autogestões empregam estratégias de mercado para sobreviver, como a aquisição de novos clientes, a implementação de medidas regulatórias e o controle da introdução de novas tecnologias (Malta, Jorge, 2008).

#### **2.2.1.5 Filantropia**

Entidades de filantropia são hospitalares sem fins lucrativos que atuam como operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e possuem o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério da Saúde, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça, ou aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, de acordo com a regulamentação normativa específica vigente (Oliveira, 2014).

Exemplos de tais entidades incluem as Santas Casas da Misericórdia e hospitais de congregações, associações, fundações ou sociedades beneficentes que mantêm serviços de saúde beneficentes e operam planos de saúde. Estas organizações desempenham um papel essencial na oferta de assistência à saúde à população, atendendo aos princípios da filantropia e beneficência, além de promoverem o acesso a serviços de saúde de qualidade para um amplo espectro de beneficiários.

#### **2.2.1.6 Administradora de Benefício**

Pessoa jurídica atuante como estipulante ou prestadora de serviços para contratação de planos privados de assistência à saúde coletivos é responsável por

realizar, pelo menos, uma das seguintes atividades: facilitar a união de pessoas jurídicas contratantes, celebrar a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo na qualidade de estipulante, tornando-o acessível às pessoas jurídicas habilitadas para a contratação; oferecer planos aos associados das pessoas jurídicas contratantes; fornecer apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como: a) negociação de reajuste; b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e c) modificação da rede assistencial.

Essas atividades são fundamentais para viabilizar a oferta e a gestão eficiente dos planos de assistência à saúde coletivos, garantindo a integração das necessidades das pessoas jurídicas contratantes com as ofertas das operadoras de planos de saúde. O papel desempenhado pelas pessoas jurídicas estipulantes é essencial para assegurar o acesso a serviços de saúde de qualidade aos beneficiários coletivos, além de facilitar o alinhamento entre as partes envolvidas no processo de contratação e utilização dos planos coletivos de saúde (Oliveira, 2014).

### **2.3 Ativos Garantidores (AG)**

Os ativos garantidores são um conjunto de recursos financeiros mantidos pelas operadoras de planos de saúde como forma de garantir a solvência e a capacidade de cumprir suas obrigações perante os beneficiários. Esses ativos têm como objetivo proteger os interesses dos beneficiários, assegurando que a operadora tenha recursos suficientes para honrar os compromissos assumidos (Almeida, 2008).

No Brasil, os ativos garantidores são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio de normas e resoluções. A ANS estabelece os critérios e as formas de constituição dos ativos garantidores, bem como os limites mínimos de capital mínimo para cada tipo de operadora, de acordo com o porte e o perfil de risco.

Esses ativos garantidores são monitorados e avaliados regularmente pela ANS para garantir que as operadoras de planos de saúde possuam recursos suficientes para operar de forma adequada, protegendo os beneficiários e promovendo a sustentabilidade do setor. A adequação dos ativos garantidores é essencial para a solidez financeira e a capacidade das operadoras de cumprir com

suas obrigações perante os beneficiários. O setor atualmente possui R\$ 56 bilhões aplicados em ativos garantidores conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Aplicações Financeiras das OPS em 2022



Fonte: Painel contábil da saúde suplementar (ANS, 2023).

## 2.4 Ativos Livres (AL)

Segundo a resolução normativa nº 521/2023, os ativos livres representam os recursos financeiros disponíveis para as operadoras de saúde que não são vinculados às obrigações regulatórias específicas, como as provisões técnicas. Esses ativos são fundamentais para o bom funcionamento e desenvolvimento das operadoras, proporcionando flexibilidade e capacidade de investimento. As operadoras podem utilizar os ativos livres para diversas finalidades, como expansão da rede de atendimento, melhoria dos serviços prestados, investimentos em tecnologia e inovação, entre outros. Esses recursos financeiros adicionais permitem que as operadoras atendam às demandas dos beneficiários de forma mais eficaz e competitiva. Além disso, os ativos livres podem servir como uma reserva estratégica para enfrentar situações imprevistas ou desafios econômicos e financeiros. Eles proporcionam uma margem de manobra financeira para as operadoras lidarem com eventuais dificuldades e garantirem a continuidade de suas atividades.

## 2.5 Imóveis

O Artigo 19 da Resolução Normativa nº 574/2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece as condições para o registro de imóveis como garantia das provisões técnicas no setor de saúde suplementar. Essas condições incluem a propriedade plena dos imóveis pela operadora ou seu controlador, a destinação assistencial dos imóveis, a inscrição municipal do IPTU em nome da operadora ou seu controlador, o registro contábil adequado, bem como a ausência de restrições de uso, ônus ou gravames:

Art. 19. Os imóveis poderão ser registrados para lastrear as provisões técnicas desde que atendam as seguintes condições:

I - ser de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora;

II - ser imóvel assistencial;

III - possuir inscrição municipal para o recolhimento do Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU com a titularidade da operadora ou com a titularidade do controlador, direto ou indireto, da operadora ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora;

IV - estar registrado em conta do ativo imobilizado da pessoa jurídica proprietária, de acordo com as regras contábeis vigentes para o setor de saúde suplementar; e

V - não estar gravado com cláusula de restrição de uso ou reserva de domínio, nem com ônus ou gravame de qualquer espécie, nem ser resolúvel a propriedade.

Parágrafo único. Não serão aceitos como ativo garantidor bens imóveis em condomínio, frações de bens indivisíveis e imóveis rurais ou que sejam de propriedade de pessoa física.

Os imóveis que atendem a todos os pontos do exigidos pela mencionada Resolução Normativa nº 574/2023 poderão ser utilizados como lastro para as provisões técnicas. Para que um imóvel seja considerado como lastro, é necessário que ele esteja vinculado à Agência Nacional de Saúde (ANS). A operadora deve realizar o pedido de vinculação junto à ANS. Além disso, os imóveis vinculados à ANS devem ser contabilizados e informados de forma periódica.

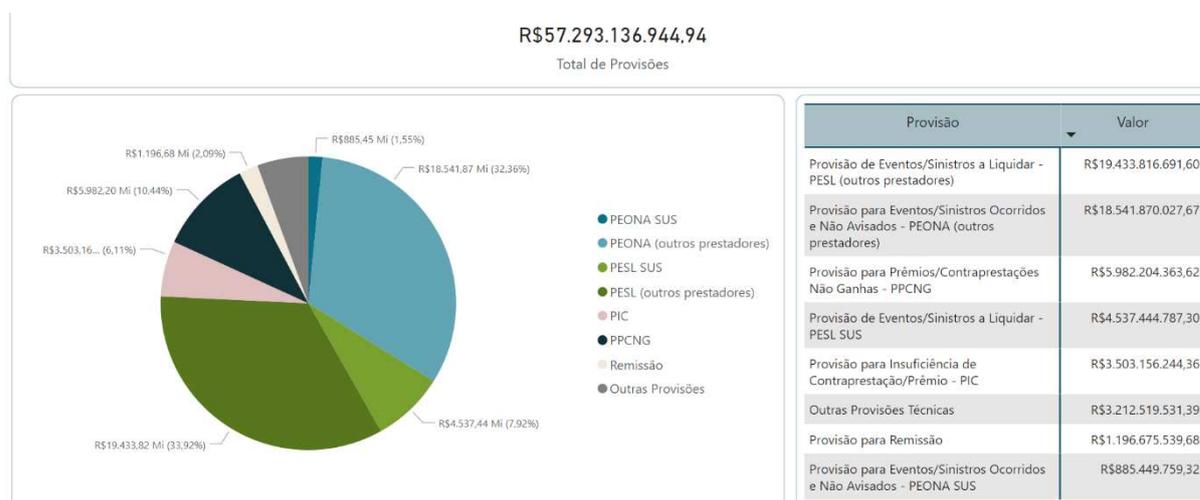
## 2.6 Provisões Técnicas (PT)

As provisões técnicas são elementos fundamentais no mercado de saúde suplementar. Tratam-se de reservas financeiras obrigatórias que as operadoras devem constituir para garantir a solvência e a sustentabilidade do setor.

A base legal para a criação das provisões técnicas é estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável por regular e fiscalizar as operadoras de planos de saúde. A Resolução Normativa nº 574/2023 da ANS estabelece as regras e critérios para o cálculo e a constituição das provisões técnicas, visando à proteção dos beneficiários e à estabilidade financeira das empresas.

A importância das provisões técnicas está diretamente relacionada à garantia da capacidade das operadoras de cumprir com suas obrigações financeiras. Por meio dessas reservas, as empresas podem fazer frente aos pagamentos de despesas assistenciais, como consultas médicas, internações hospitalares, exames e procedimentos. Além disso, as provisões técnicas também servem para cobrir eventuais sinistros e eventuais desequilíbrios financeiros.

Figura 3 - Provisões técnicas constituídas em dezembro de 2022



Fonte: Painel contábil da saúde suplementar. (ANS, 2023)

A relevância das provisões técnicas para a solvência das operadoras é evidente. Elas são um instrumento de proteção tanto para as empresas quanto para os beneficiários. Ao garantir a disponibilidade de recursos financeiros para o atendimento das demandas dos usuários, as provisões técnicas asseguram a continuidade dos serviços de saúde suplementar e a qualidade do atendimento.

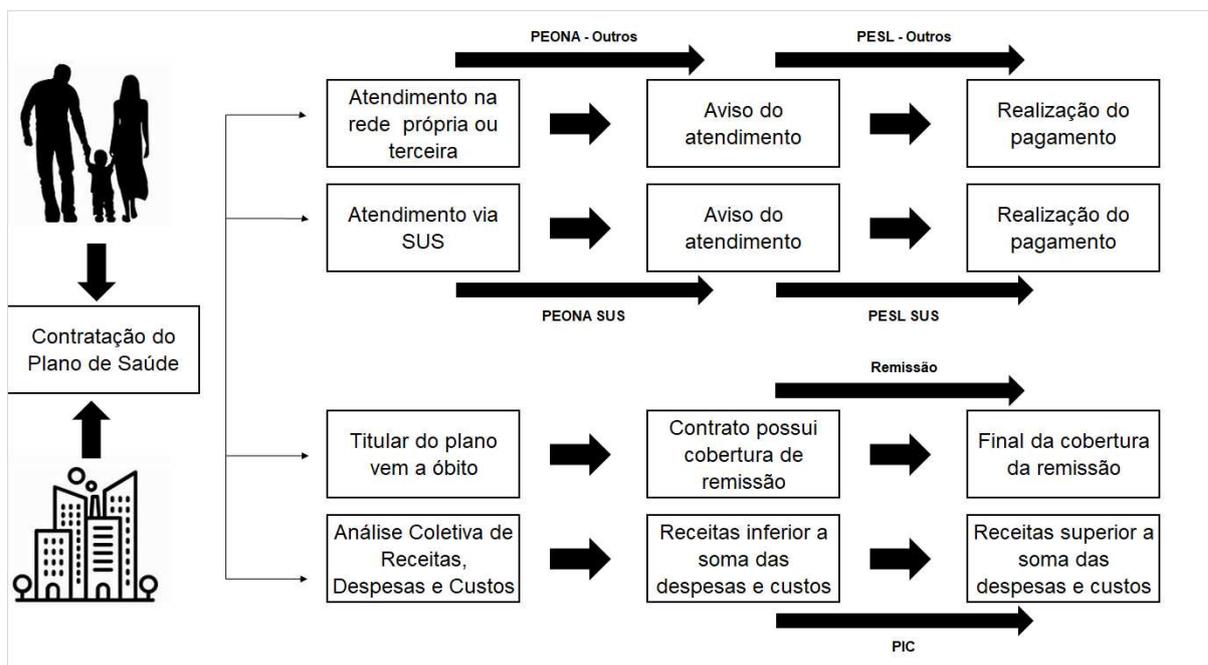
De acordo com a Resolução Normativa nº 574/2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) devem constituir mensalmente as seguintes Provisões Técnicas, em conformidade com as boas práticas contábeis:

Art. 3º As OPS deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes Provisões Técnicas:

- I – Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - PESL, referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS;
- II – Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, referente à estimativa do montante de eventos/sinistros, que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS, exceto quanto ao disposto no inciso III deste artigo;
- III – Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS – PEONA SUS, referente à estimativa do montante de eventos/sinistros originados no Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS;
- IV – Provisão para Remissão, referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes;
- V – Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas - PPCNG, referente à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu;
- VI – Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC, referente à insuficiência de contraprestação/prêmio para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer, quando constatada; e
- VII – Outras provisões técnicas, necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

Neste estudo, os cálculos serão baseados nas provisões estabelecidas pela regulamentação em vigor, com exceção da provisão para Prêmios / Contraprestações não Ganhas, uma vez que essa provisão não exige a necessidade de constituição ativos garantidores. A Figura 4 ilustra de forma visual onde surge a necessidade de constituição de cada provisão.

Figura 4 - Ilustração do momento da necessidade de constituição de cada provisão



Fonte: Elabora própria (2023).

### 2.6.1.1 Provisões para eventos/sinistros ocorridos e não avisados – outros prestadores

Conforme mencionado em Brasil (2023e), a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) é uma estimativa do montante de eventos/sinistros que já ocorreram, mas ainda não foram notificados pelos prestadores de serviços (exceto o Sistema Único de Saúde) à operadora de saúde suplementar.

A regulamentação inicial da PEONA ocorreu no setor de saúde suplementar através da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 77, de 2001, após discussão em Câmara Técnica de Garantias Financeiras. Posteriormente, em novas deliberações dessa Câmara Técnica, a PEONA foi objeto das Resoluções Normativas – RN nº 160, de 2007, e RN nº 209, de 2009. Ao longo do tempo, foram promovidas alterações nas exigências através da RN nº 393, de 2015, que foi posteriormente modificada pela RN nº 442, de 2018, e pela RN nº 476, de 2021. Essas mudanças foram consolidadas na RN nº 574, de 2023.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável por aprovar as metodologias de cálculo da PEONA, as quais estão descritas na Nota Técnica Atuarial de Provisão (NTAP). De acordo com as condições estabelecidas na

regulamentação, as metodologias devem ser desenvolvidas por atuários legalmente habilitados e comunicadas à ANS até o mês anterior à data-base contábil, que corresponde ao início da contabilização da provisão estimada (Brasil, 2023e).

#### **2.6.1.2 Provisões para eventos/sinistros ocorridos e não avisados – SUS**

A Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do Sistema Único de Saúde (PEONA SUS) é à estimativa dos eventos/sinistros gerados pelos beneficiários da operadora no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais ocorreram, mas não foram comunicados à operadora pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Conforme a regulamentação atual, a Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do Sistema Único de Saúde (PEONA SUS) pode ser calculada através de uma metodologia atuarial própria e confiável. No entanto, caso a operadora não disponha de uma metodologia atuarial em conformidade com os requisitos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a estimativa deverá ser realizada de acordo com a metodologia fornecida pela ANS (Brasil, 2023f).

#### **2.6.1.3 Provisões para eventos/sinistros ocorridos a liquidar – outros prestadores**

A Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) no contexto do mercado de saúde complementar refere-se à estimativa do montante de eventos/sinistros relacionados aos serviços de saúde que já ocorreram e foram identificados (seja por cobranças já realizadas ou não), mas que ainda não foram pagos pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) aos prestadores de serviços. A PESL é uma medida essencial para garantir a adequada gestão dos recursos financeiros das operadoras, pois permite que elas provisionem os valores necessários para honrar seus compromissos com os prestadores de serviços médicos de forma precisa e responsável. (Brasil, 2023h).

#### **2.6.1.4 Provisões para eventos/sinistros ocorridos a liquidar – SUS**

A Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) diz respeito à estimativa quantitativa dos eventos/sinistros relacionados ao ressarcimento ao SUS que já ocorreram e foram identificados (seja por cobranças já realizadas ou não) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS), mas que ainda não foram efetivamente pagos pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS).

#### **2.6.1.5 Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio**

De acordo com Brasil (2023i), a Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio (PIC), estabelecida pela Resolução Normativa nº 574/2023, é constituída quando se constata que as contraprestações/prêmios a serem recebidos, referentes aos contratos vigentes, somados à Provisão de Prêmios/Contraprestações Não Ganhos (PPCNG), não são suficientes para cobrir as obrigações contratuais já assumidas pelas operadoras de planos de saúde (OPS). Em termos mais simples, a PIC é formada quando o valor do prêmio/contraprestação é menor do que o montante tecnicamente necessário para custear as despesas diretas da operação do plano.

A legislação em vigor determina que a Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio (PIC) pode ser estimada por meio de uma metodologia atuarial própria, a qual deve ser comunicada à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIOPE). Contudo, é facultado às operadoras que não possuam uma metodologia própria a possibilidade de adotarem o cálculo estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Brasil, 2023i).

#### **2.6.1.6 Provisão para Remissão**

A Provisão para Remissão, conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 574/2023, diz respeito às obrigações resultantes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios relacionadas à cobertura de assistência à saúde, quando tais cláusulas estão presentes nos contratos. A remissão é a dispensa de pagamento da contraprestação/prêmio devida, por um período contratualmente estipulado, no caso de ocorrência de um evento futuro e incerto previsto no contrato. Os eventos mais comuns para a remissão das contraprestações, conforme estabelecido nos contratos, são o falecimento e o desemprego.

A provisão para remissão deve ser constituída integralmente, utilizando uma metodologia atuarial, no mês em que ocorre o evento que gera o benefício previsto contratualmente. Essa provisão deve ser suficiente para refletir a despesa assistencial esperada dos beneficiários durante todo o restante do prazo do benefício estipulado (BRASIL, 2023j).

## 2.7 Análise de Suficiência

A suficiência de uma operadora de saúde é um indicador fundamental para avaliar sua saúde financeira e capacidade de cumprir suas obrigações. Ela é verificada por meio da relação entre os ativos garantidores e as provisões técnicas. Quando a relação entre os ativos garantidores e as provisões técnicas é igual ou superior a zero, significa que a operadora possui recursos financeiros suficientes para cobrir suas obrigações, no entanto, se a relação entre os ativos garantidores e as provisões técnicas for negativa, indica que a operadora não possui recursos financeiros adequados para cobrir suas obrigações.

A insolvência de uma operadora é uma situação preocupante, pois pode comprometer o acesso aos serviços de saúde dos beneficiários e a estabilidade do mercado de saúde suplementar como um todo, sendo essencial que as operadoras mantenham essa relação positiva para garantir a segurança e a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários (Duarte, 2015)

Para as operadoras que não possuem imóveis vinculados como ativos como garantidores de provisões técnicas o índice de suficiência é calculado da seguinte forma:  $\frac{AG}{PT} - 1$ . Caso contrário, se a operadora possui imóveis vinculados é

aplicada a equação: 
$$\frac{AG}{(PT - \text{mínimo entre } (20\% \text{ do valor } PT \text{ ou } \text{Imóveis}))} - 1.$$

Onde:

AG = Ativos Garantidores;

PT = Provisões Técnicas; e

Imóveis = Valores dos imóveis vinculados como garantidores.

## 2.8 Revisão de Literatura

A análise da suficiência dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas das operadoras de saúde é um tema de grande importância no contexto da saúde suplementar. Nesta revisão da literatura, são explorados alguns estudos que abordam essa questão.

Alguns estudos têm investigado a relação entre os ativos garantidores e as provisões técnicas nas operadoras de saúde. Essa análise é fundamental para avaliar a capacidade das operadoras de cumprir suas obrigações financeiras e garantir a solvência do sistema. A adequação dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas é crucial para assegurar a estabilidade e a segurança financeira dessas empresas.

Um aspecto relevante nas pesquisas é a metodologia utilizada para calcular as provisões técnicas e avaliar sua suficiência em relação aos ativos garantidores. Estudos têm explorado diferentes abordagens, como análises estatísticas, modelos atuariais e métodos de avaliação de risco, a fim de obter uma visão abrangente da situação financeira das operadoras.

Um dos estudos mais citados é de Almeida (2008) em que o objetivo principal consistiu em categorizar as operadoras de saúde de maior risco em cada modalidade e contrastar os resultados obtidos ao adotar distribuições de probabilidade, empregando uma abordagem estatística abrangente ao tema, realizou uma análise que incluiu o uso de técnicas de análises inferenciais, como o Teste t para comparação de médias e o Teste Qui-Quadrado com correção de Yates para avaliar a associação entre variáveis qualitativas. Além disso, foram aplicados métodos de classificação, como regressão logística, árvores de classificação, regressão e vizinhos mais próximos, para desenvolver modelos de previsão. A comparação entre os modelos foi conduzida utilizando a análise ROC (*Receiver Operating Characteristic*) e a medida AUC (*Area Under the Curve*).

Além disso, a literatura aborda a regulamentação e as diretrizes estabelecidas pelas agências reguladoras, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no Brasil. Esses estudos analisam a relação entre os requisitos regulatórios e a suficiência dos ativos garantidores, ressaltando a importância do cumprimento das exigências estabelecidas pelas autoridades competentes. A forma

de contabilização em cada estudo é evidenciada, levando em consideração as frequentes atualizações dos atos normativos desde o início de sua vigência.

Na literatura, destaca-se outro ponto de discussão, que é a influência dos diversos fatores na suficiência dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas. Aspectos como o porte da operadora, a segmentação de mercado, o perfil dos beneficiários, as características dos contratos de assistência à saúde e a dinâmica do setor são considerados para compreender os desafios enfrentados pelas operadoras na gestão de seus ativos e passivos. Essa temática é abordada nos estudos de Neto (2019), Oliveira (2014) e Duarte (2015).

Em resumo, a literatura através de estudos como o de Duarte (2015) e Cassiano (2019) que aborda a análise da suficiência dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas em operadoras de saúde oferece uma visão abrangente dos desafios e das abordagens utilizadas nesse campo, outro estudo que embasou. Esses estudos fornecem informações valiosas para a tomada de decisões e o aprimoramento da gestão financeira e regulatória das operadoras de saúde, com o objetivo de garantir a sustentabilidade do sistema e a proteção dos beneficiários.

### **3 METODOLOGIA**

O presente capítulo descreve de forma sistemática os procedimentos adotados para alcançar os objetivos deste estudo.

#### **3.1 Abordagem**

O objetivo principal deste trabalho é conduzir um estudo que envolve a coleta e o tratamento de dados, adotando uma abordagem descritiva. De acordo com Gil (2002, p.42), a pesquisa descritiva busca principalmente descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis. Com o intuito de compreender o comportamento desses dados e explorar suas características e padrões. Para isso, será utilizada uma abordagem quantitativa.

Para a obtenção dos dados necessários, foi utilizado o banco de dados abertos da Agência Nacional de Saúde (ANS), uma fonte confiável e amplamente utilizada nesse contexto. Os dados foram coletados e tratados por meio da ferramenta QlikView, a qual possui capacidade de integrar e combinar grande volume de dados de várias fontes, como bancos de dados, planilhas e arquivos de texto, proporcionando uma visão abrangente e unificada das informações. Após o tratamento inicial, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas, proporcionando uma estrutura adequada para as análises subsequentes.

Durante o desenvolvimento deste estudo, foram apresentados dois índices distintos para mensurar a suficiência dos ativos garantidores, baseados na resolução normativa nº 521/2022. Essas metodologias foram selecionadas para atender tanto ao objetivo geral quanto aos objetivos específicos deste trabalho. Por meio desses índices, buscou-se avaliar de maneira fundamentada e embasada em evidências a adequação dos dados técnicos em relação aos objetivos estabelecidos. Em complemento aos índices abordados inicialmente, foi proposto um terceiro índice, considerando os montantes de ativos livres.

### 3.2 Coleta das informações

Os dados foram coletados e organizados em uma planilha eletrônica, conforme ilustrado na Tabela 2 a seguir. Essa tabela apresenta a estrutura e a disposição dos dados extraído dos demonstrativos contábeis disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde, permitindo uma visualização clara das informações obtidas.

Tabela 2 - Modelo das Demonstrações Contábeis

Nome do Campo	Tipo	Tamanho	Descrição
DATA	Data	8	Data do início do trimestre dos dados (DIOPS) da operadora (data no formato AAAA-MM-DD).
REG_ANS	Número	8	Registro de operadora de plano privado de assistência à saúde concedido pela ANS para operação no setor de saúde suplementar
CD_CONTA_CONTABIL	Número	8	Código de até 9 dígitos que identifica a conta contábil do Plano de Contas em vigor
DESCRICAO	Texto	150	Descrição da conta contábil do Plano de Contas em vigor
VL_SALDO_INICIAL	Número	8	Valor, em reais, do saldo inicial da conta contábil do Plano de Contas em vigor
VL_SALDO_FINAL	Número	8	Valor, em reais, do saldo final da conta contábil do Plano de Contas em vigor

Fonte: Elaboração própria com base nos dados abertos (ANS, 2023).

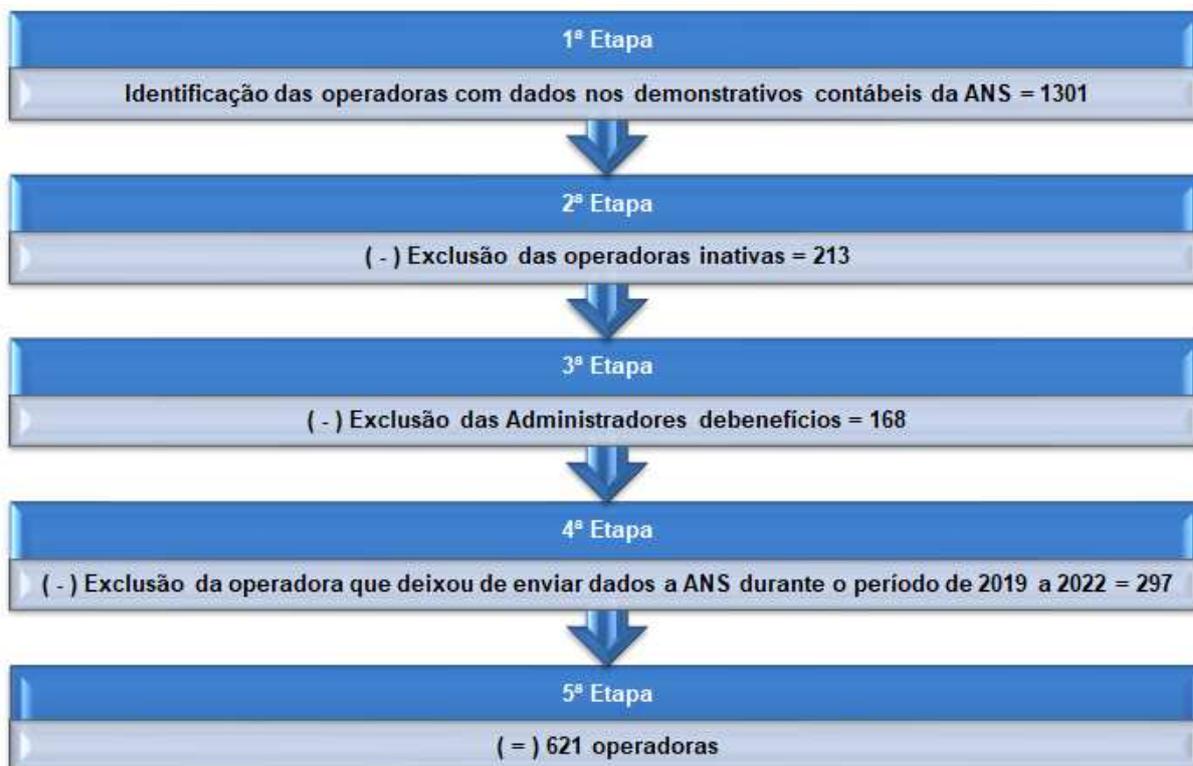
Para identificar as provisões técnicas e ativos garantidores, foi utilizado o plano de contas disponibilizado pela ANS em formato de planilha eletrônica. Após a coleta dos dados disposto com periodicidade trimestral, foi realizada a segregação das contas a serem utilizadas neste estudo, conforme listagem disponível no ANEXO A.

### 3.3 População e amostra do estudo

A população do presente estudo é composta por 1.301 operadoras de planos de saúde com registro na ANS que enviaram seus demonstrativos contábeis durante os anos de 2019 e 2022. Para a obtenção da amostra, foram selecionadas aquelas que disponibilizaram informações necessárias para o estudo. Assim, foram excluídas da população os seguintes casos: i) operadoras inativas (213); ii) administradora de benefícios, que estão isentas da constituição de ativos garantidores conforme a resolução normativa nº 521/2022 (168); e iii) operadoras que deixaram de enviar em algum momento seus demonstrativos contábeis a Agência Nacional de

Saúde (297). A Figura 5 mostra a decomposição da população para a obtenção da amostra final de 621 operadoras.

Figura 5 - Procedimentos para definição do tamanho da amostra



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

### 3.4 Indicadores

Segundo o IBGE (2008), os indicadores são instrumentos que englobam diferentes variáveis e, por meio de suas diversas combinações, permitem expressar significados mais abrangentes em relação aos fenômenos aos quais se referem. Essas ferramentas são essenciais para a compreensão e análise de informações complexas, pois possibilitam a simplificação e a representação de dados de maneira mais acessível e compreensível. O uso de indicadores possibilita capturar aspectos-chave e obter uma visão mais completa e abrangente dos fenômenos estudados.

Neste estudo, serão apresentadas três abordagens sobre o índice de suficiência dos ativos garantidores em relação às provisões técnicas. Quando essa relação for inferior a um, será considerada uma situação de insuficiência, e caso contrário, será considerada uma situação de suficiência.

### 3.4.1 Índice de suficiência 1 – IS1

Conforme a Resolução Normativa nº 574/2023 da Agência Nacional (ANS) o valor das provisões técnicas deverá ser integralmente lastreado por ativos garantidores:

Art. 2º A totalidade do valor constituído das provisões técnicas deverá, obrigatoriamente, ser lastreada por ativos garantidores na proporção de um para um.

Nesse contexto, o primeiro indicador a ser observado será a relação simples entre ativos garantidores e provisões técnicas, conforme demonstrado na equação a seguir:

$$\frac{AG}{PT} - 1$$

Onde:

AG = Ativos Garantidores;

PT = Provisões Técnicas; e

### 3.4.2 Índice de suficiência 2 – IS2

Além do IS1, em uma abordagem menos rigorosa, a Agência Nacional de Saúde através da Resolução Normativa nº 521 permite que as operadoras de saúde utilizem seus imóveis assistenciais para lastrear as provisões técnicas. Diante dessa flexibilidade, será analisado o índice de suficiência 2 (IS2), definido pela seguinte equação:

$$\frac{AG}{(PT - \text{mínimo entre } (20\% \text{ do valor } PT \text{ ou Imóveis)})} - 1$$

Onde:

AG = Ativos Garantidores;

PT = Provisões Técnicas; e

Imóveis = Valores dos imóveis vinculados como garantidores.

### 3.4.3 Índice de suficiência 3 – IS3

Por fim, a última abordagem, ainda menos rigorosa, terá como elemento adicional os ativos livres. Esses valores podem ser convertidos em ativos garantidores de acordo com a necessidade da operadora de saúde. Portanto, o índice de suficiência 3 (IS3) é definido pela seguinte equação:

$$\frac{(AG + AL)}{(PT - \text{mínimo entre } (20\% \text{ do valor } PT \text{ ou Imóveis})} - 1$$

Onde:

AG = Ativos Garantidores;

AL = Ativos Livres;

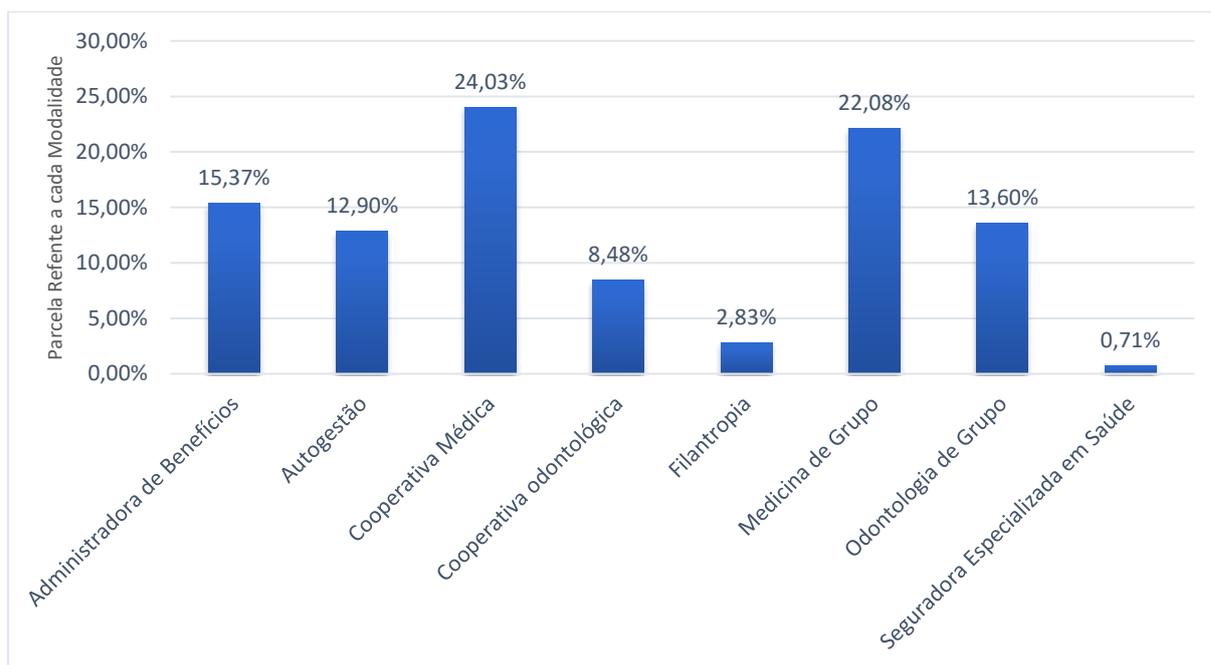
PT = Provisões Técnicas; e

Imóveis = Valores dos imóveis vinculados como garantidores.

## 4 RESULTADOS

Conforme mencionado anteriormente, a população deste estudo é inicialmente composta por um total de 1.132 operadoras de planos de saúde (OPS) que estão em atividade e possuem registro de beneficiários. Esses dados foram obtidos a partir do cadastro de operadoras contido nos dados abertos (ANS, 2023). As OPS estão distribuídas por diferentes modalidades, como ilustrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da população por modalidade de OPS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

É possível observar que a maior concentração de operadoras está distribuída em quatro modalidades distintas. As operadoras na modalidade de cooperativa médica representam 24,03% da população, seguidas pelas operadoras de medicina de grupo, com uma parcela de 22,08%. As operadoras de odontologia de grupo representam 13,60%, enquanto as operadoras de autogestão correspondem a 12,90%. As demais modalidades abrangem 25,62% da população.

Após a aplicação do filtro para selecionar as operadoras que forneceram as informações necessárias para o estudo, a amostra final foi composta por 621 operadoras, o que corresponde a 54,86% das operadoras ativas. Essa amostra engloba um total de 45 milhões de usuários com cobertura médica e 28 milhões de usuários com cobertura odontológica, o que equivale a 90,20% e 94,42% dos

beneficiários ativos, respectivamente. A Tabela 3, a seguir, apresenta detalhes da distribuição da amostra por modalidade.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por modalidade de OPS.

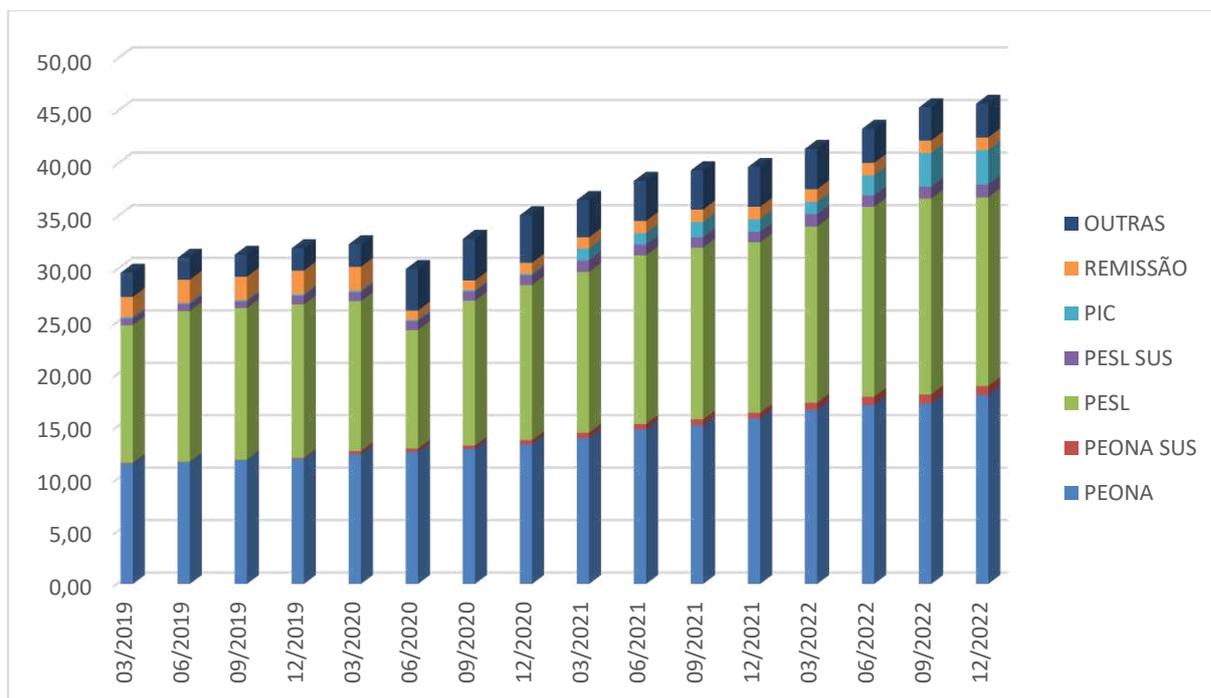
<b>Modalidade da Operadora</b>	<b>Qtd OPS</b>	<b>%</b>	<b>Nr. Vidas Saúde</b>	<b>% Saúde</b>	<b>Nr. Vidas Odonto</b>	<b>% Odonto</b>
Autogestão	107	17,23%	2.855.484	5,67%	77.955	0,26%
Cooperativa Médica	264	42,51%	17.111.997	33,96%	510.447	1,68%
Cooperativa odontológica	26	4,19%	0	0,00%	3.121.452	10,30%
Filantropia	27	4,35%	827.243	1,64%	90.378	0,30%
Medicina de Grupo	168	27,05%	17.903.096	35,53%	10.400.524	34,32%
Odontologia de Grupo	22	3,54%	0	0,00%	11.777.854	38,86%
Seguradora	7	1,13%	6.756.118	13,41%	2.636.080	8,70%
<b>Total Geral</b>	<b>621</b>	<b>100,00%</b>	<b>45.453.938</b>	<b>90,20%</b>	<b>28.614.690</b>	<b>94,42%</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

A amostra é predominantemente composta por cooperativas médicas e medicina de grupo, representando 69,56% das operadoras analisadas. Esses dois segmentos são responsáveis 69,49% pelos contratos de assistência médica.

O Gráfico 2 apresenta a evolução das constituições das provisões técnicas, destacando as principais categorias. Podemos observar que o montante total apresentou um aumento nos últimos anos, o único mês com comportamento atípico foi o mês de junho de 2020 em função das flexibilizações realizadas pela Agência Nacional de saúde durante a pandemia de SARS-CoV-2. As provisões relacionadas aos eventos ocorridos e não avisados (PEONA) e aos eventos de sinistro a liquidar (PESL) correspondem a aproximadamente 78,69% do total das provisões técnicas constituídas em dezembro de 2022.

Gráfico 2 - Evolução das provisões técnicas entre 2019 e 2022



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Atualmente as operadoras de planos de saúde realiza o envio dos demonstrativos contábeis de forma trimestral a Agência Nacional de Saúde, implicando no delay de 3 meses entre cada divulgação. A seguir, será realizada uma análise evolução dos valores trimestralmente das provisões técnicas durante o período de 2019 e 2022, utilizando a Tabela 4 como referência.

Tabela 4 - Evolução das provisões nos entre 2019 e 2022 em bilhões.

Data	PEONA	PEONA SUS	PESL	PESL SUS	PIC	REMISSÃO
03/2019	11,47	0,08	13,14	0,63	0,14	1,91
06/2019	11,62	0,04	14,37	0,65	0,14	2,19
09/2019	11,82	0,03	14,46	0,62	0,13	2,22
12/2019	11,92	0,11	14,64	0,82	0,14	2,25
03/2020	12,39	0,29	14,29	0,85	0,15	2,28
06/2020	12,62	0,30	11,29	0,85	0,14	0,87
09/2020	12,89	0,32	13,80	0,87	0,14	0,91
12/2020	13,33	0,40	14,78	0,92	0,16	1,04
03/2021	13,93	0,51	15,32	1,08	1,15	1,06
06/2021	14,72	0,53	16,07	1,03	1,09	1,16
09/2021	15,14	0,57	16,36	0,97	1,45	1,18
12/2021	15,78	0,55	16,24	0,99	1,19	1,19
03/2022	16,60	0,70	16,76	1,18	1,16	1,21
06/2022	17,08	0,78	18,08	1,09	1,91	1,18
09/2022	17,20	0,87	18,65	1,14	3,20	1,18
12/2022	18,02	0,84	17,97	1,23	3,27	1,19

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Ao analisar a Tabela 4, pode-se observar a evolução das contas referente às provisões técnicas. Destaca-se a PEONA, que apresentou um aumento de R\$ 6,5 bilhões, representando um aumento de 57,10%. Em seguida, aparece a PESL, com um aumento de 36,78%, equivalente a R\$ 4,8 bilhões. Ambas as variações estão acima da inflação do período medida pelo IPCA que apresentou aumento de 25,04%. A PESL SUS registrou um crescimento de 94,46%, em grande parte devido à redução do tempo de processamento administrativo realizado pela Agência Nacional de Saúde, conforme demonstrado na nota técnica nº 6/2020/GEIRS/DIRAD-DIDES/DIDES.

As provisões de PEONA SUS e PIC foram estabelecidas pela Resolução Normativa nº 442/2018, com obrigatoriedade de contabilização a partir de 2020. No entanto, devido às condições adversas provocadas pela pandemia de SARS-CoV-2, a agência promoveu várias flexibilizações, permitindo que as operadoras contabilizassem os valores integralmente somente em dezembro de 2022.

Em direção contrária às outras, a provisões de remissão apresentou uma redução de 37,56% nos valores contabilizados para o período. Para entender essa redução, é necessário compreender que essa provisão é uma cobertura complementar aos planos de saúde, sendo comercializada opcionalmente pelas operadoras de saúde.

A seguir, na Tabela 5, será apresentada a evolução dos ativos garantidores, ativos livres e imóveis de 2019 a 2022.

Tabela 5 - Evolução dos ativos garantidores, ativos livres e imóveis entre 2019 e 2022 em bilhões

<b>Data</b>	<b>AG</b>	<b>AL</b>	<b>IMÓVEIS</b>
03/2019	33,54	35,65	10,97
06/2019	34,38	37,71	11,15
09/2019	34,67	38,95	11,59
12/2019	36,05	38,83	12,59
03/2020	37,43	37,67	12,90
06/2020	38,53	43,98	14,20
09/2020	40,31	46,54	14,63
12/2020	42,23	45,93	15,16
03/2021	43,05	46,16	15,61
06/2021	43,43	47,07	16,15
09/2021	44,03	45,56	16,80
12/2021	45,96	46,17	17,44
03/2022	46,28	46,22	17,74
06/2022	46,28	45,90	18,03

09/2022	49,22	44,78	18,67
12/2022	53,98	41,77	18,70

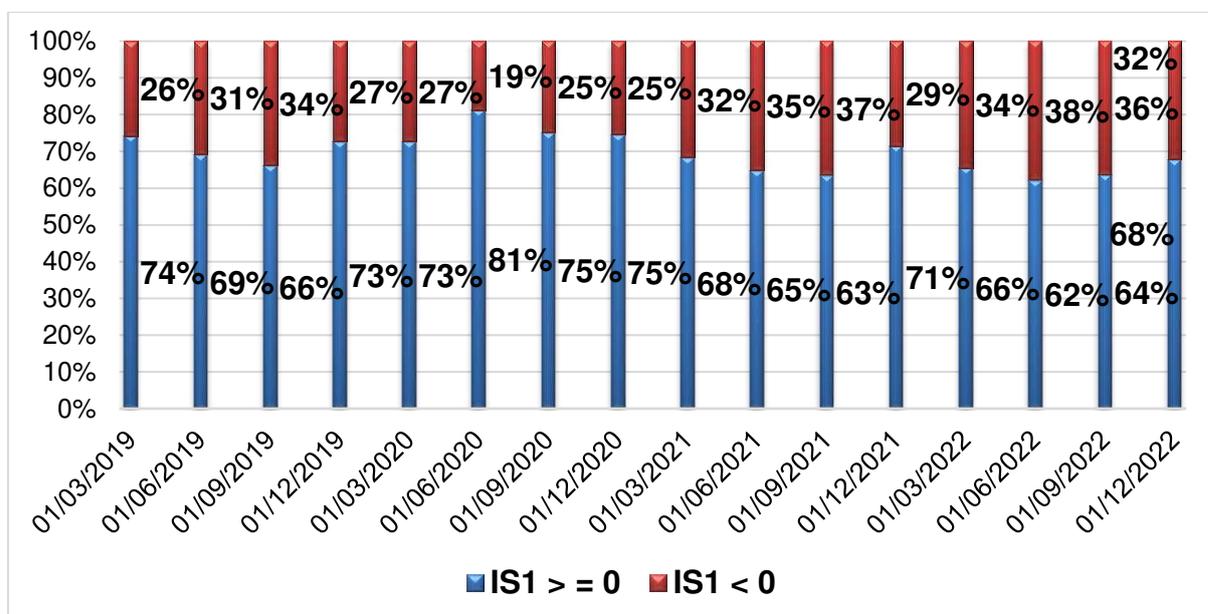
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

De acordo com a Tabela 5, é possível observar a evolução dos ativos garantidores, que apresentaram um crescimento de 60,92% durante o período analisado. Vale destacar o crescimento dos imóveis, que apresentaram um crescimento de 70,44% no mesmo período, enquanto os ativos livres apresentaram um crescimento de 17,15%. Ao analisar a tabela, verifica-se que os ativos livres atingiram o montante de R\$ 47 bilhões em junho de 2021 e começaram a apresentar uma redução significativa desde então. Essa redução pode estar relacionada às possíveis suspensões de atendimento eletivos realizadas durante o período da pandemia de SARS-CoV-2.

A seguir, serão abordados os três índices de suficiência definidos no capítulo anterior, que são o foco deste estudo.

O primeiro índice, denominado Índice de Suficiência 1 (IS1), considera a relação entre os ativos garantidores e provisões técnicas. O Gráfico 3 apresenta a evolução desse índice entre 2019 e 2022.

Gráfico 3 - Evolução do Índice Suficiência 1 entre 2019 e 2022



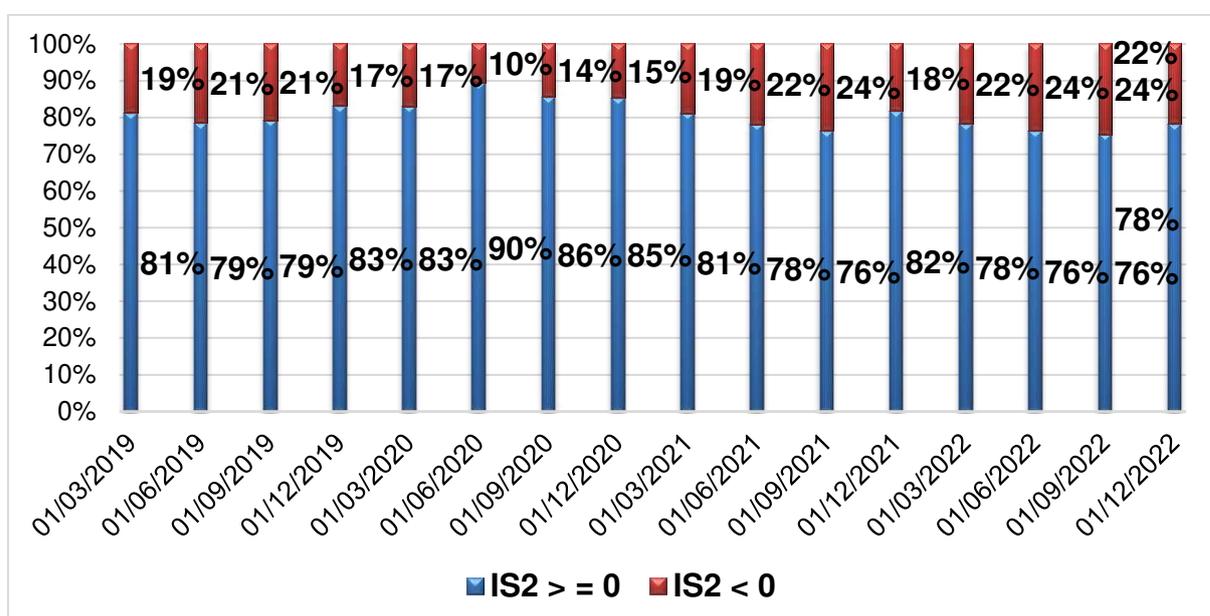
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Ao examinar a evolução do IS1, é possível notar que em junho de 2022 foram identificadas 235 operadoras de saúde com insuficiência de ativos garantidores. Nos meses seguintes, houve uma redução no número de operadoras com

insuficiência, indicando uma melhora na situação financeira. No entanto, os números de dezembro de 2022 ainda estão em um patamar superior aos registrados de março de 2019.

Uma abordagem adicional proposta é o Índice de Suficiência 2 (IS2), que incorpora os valores dos imóveis assistenciais das operadoras como garantia financeira para as provisões técnicas. Esses imóveis podem ser vinculados e utilizados para garantir a adequação das provisões técnicas. O Gráfico 4 ilustra a evolução desse índice ao longo do período de 2019 a 2022.

Gráfico 4 - Evolução do Índice Suficiência 2 entre 2019 e 2022

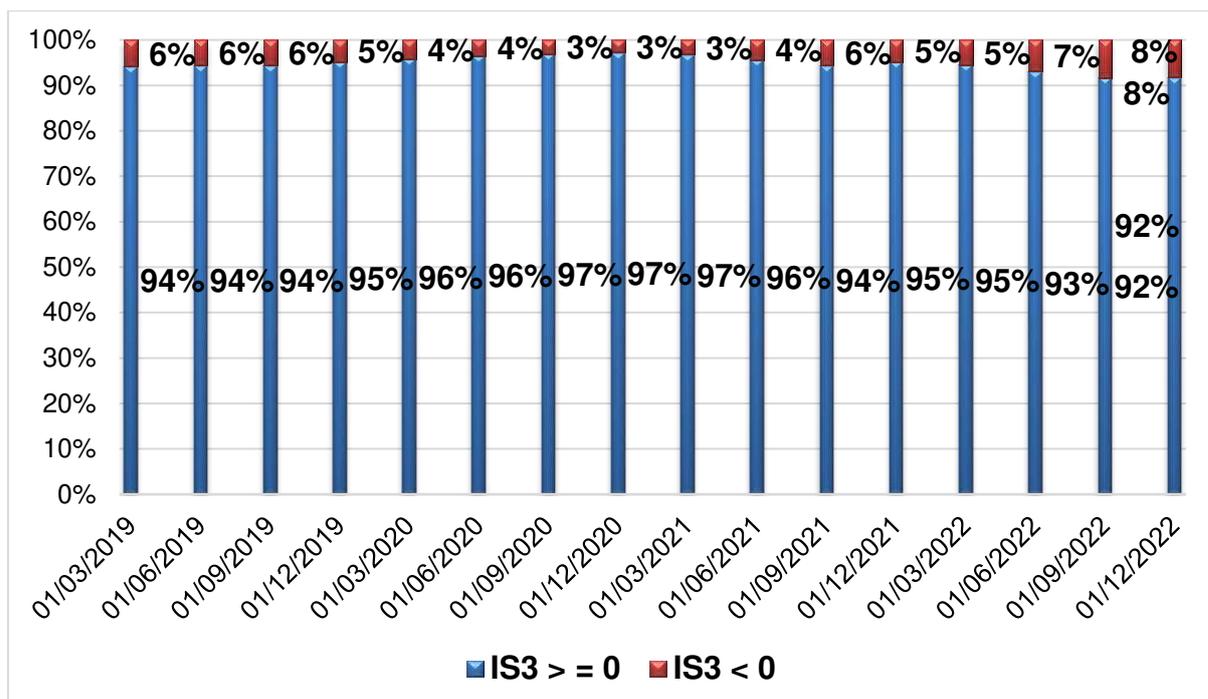


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Considerando os imóveis como garantia financeira, ao analisar a série histórica é possível observar uma melhora nos números de operadoras classificadas como suficientes entre março de 2019 e junho de 2020 com 65 operadores apresentando um IS2 inferior a zero, ou seja, insuficiente. Durante o intervalo de junho de 2020 a dezembro de 2022 verifica-se que o pico de operadoras com insuficiência é observado em setembro de 2022, com 152 operadoras de saúde classificadas como insolventes e terminando a série com 135 operadoras insuficientes, representando um aumento de 133,855. No entanto, esse número é menor do que o pico observado no pico do indicador IS1, que foi de 235 operadoras. Isso representa uma redução de 83 operadoras de saúde na lista de insuficiência, indicando uma melhoria na situação financeira dessas operadoras no comparativo entre os indicadores IS1 e IS2.

Por fim, apresenta-se a evolução do Índice de Suficiência 3 (IS3), que leva em consideração os ativos livres como fonte financeira para cobrir os lastros de provisões técnicas, em complemento aos ativos garantidores já constituídos pelas operadoras de saúde e imóveis vinculados. O Gráfico 5 ilustra essa evolução ao longo do período analisado.

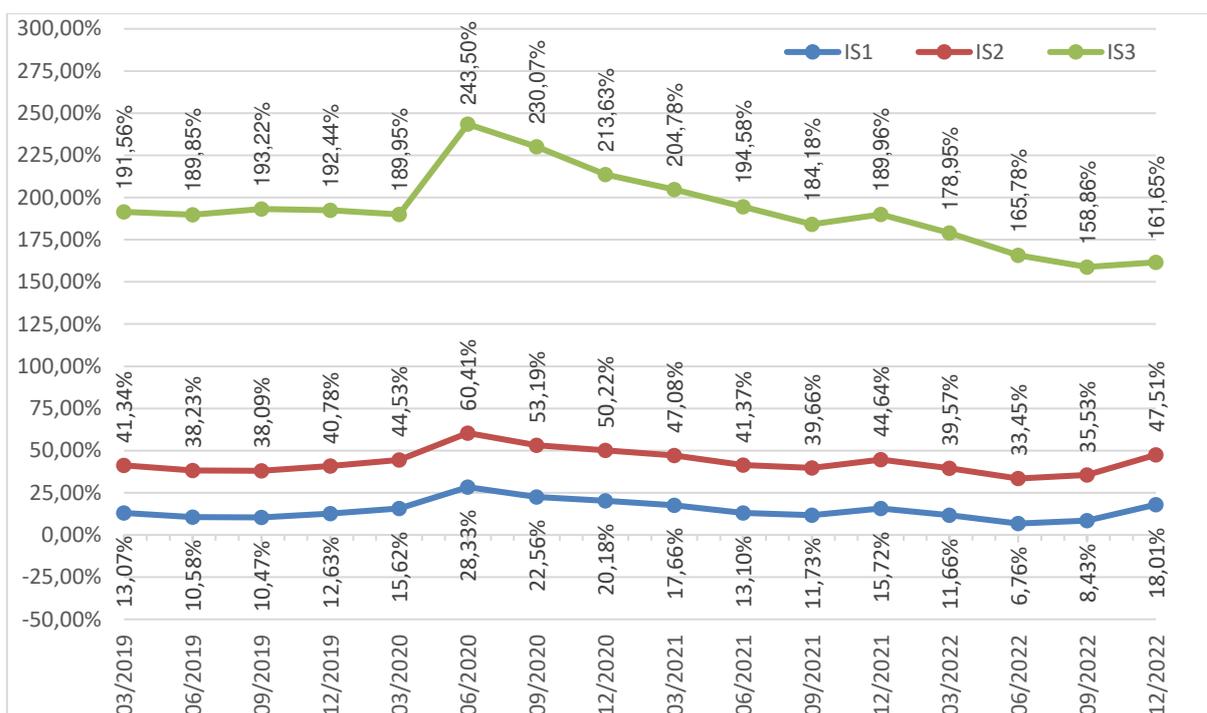
Gráfico 5 - Evolução do índice suficiência 3 entre 2019 e 2022



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

No Gráfico 5 nota-se que durante o período de março de 2019 e dezembro de 2022 houve uma redução 52,78% do número de operadoras com IS3 inferior a zero, o cenário é explicado em função da deliberação da Reunião da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde, permitindo que as operadoras em dezembro de 2021 contabilizassem somente 7,69% dos valores integrais de PEONA SUS e PIC. Para o período entre dezembro de 2021 e dezembro de 2022 observou-se uma tendência no aumento do número de operadoras que apresentaram IS3 inferior a zero, o que equivale a um aumento de 200% no número de operadoras com IS3 insuficientes. Em relação aos cenários de IS1 e IS2 observa-se uma melhoria em comparação com os demais cenários estimados com um total de 51 operadoras em dezembro de 2022 apresentando insuficiência de ativos garantidores em relação a 200 que apresentaram insuficiência em IS1 e 135 operadoras em IS2.

Gráfico 6 – Análise de suficiência das operadoras de saúde entre 2019 e 2022



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

O Gráfico 6 considerou a aplicação dos índices de suficiência proposto nesse estudo para uma análise consolidada do mercado de saúde suplementar no todo, agrupando os valores das operadoras de planos de saúde. Constatou-se que o setor de maneira geral apresenta um resultado positivo na análise do IS1 com uma média de suficiência de 14,78% na série histórica, o IS2 apresentou uma média de 43,48% enquanto o IS3 teve um resultado de 192,68%.

Tabela 6 - Análise da composição dos Índices de Suficiência em dezembro de 2022.

Modalidade	IS1 < 0	IS1 >= 0	IS4 < 0	IS2 >= 0	IS3 < 0	IS3 >= 0
Autogestão	12,00%	19,71%	17,04%	17,28%	13,73%	17,54%
Cooperativa Médica	49,50%	39,19%	38,52%	43,62%	25,49%	44,04%
Cooperativa odontológica	-	6,18%	-	5,35%	-	4,56%
Filantropia	4,50%	4,28%	2,96%	4,73%	-	4,74%
Medicina de Grupo	33,50%	23,99%	40,74%	23,25%	60,78%	24,04%
Odontologia de Grupo	0,50%	4,99%	0,74%	4,32%	-	3,86%
Seguradora	-	1,66%	-	1,44%	-	1,23%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Na Tabela 6 é realizada a abertura por modalidades das operadoras de saúde, pode se nota que ao analisar o IS1 as modalidades de Cooperativa Médica e Medicina de Grupo corresponde a 83% das 200 operadoras que apresentaram insuficiência, para o IS2, observa-se que a representatividade das operadoras com

insuficiência tem uma redução mais acentuada nas cooperativas médicas. Por fim, ao verificar a distribuição de operadoras com IS3 negativos é predominantemente da modalidade de medicina de grupo, representando 60,78% das 51 operadoras.

Tabela 7 - Análise comparativa dos indicadores de suficiência abertos por modalidade em dezembro de 2022.

<b>Modalidade</b>	<b>IS1 &lt; 0</b>	<b>IS1 &gt;= 0</b>	<b>IS2 &lt; 0</b>	<b>IS2 &gt;= 0</b>	<b>IS3 &lt; 0</b>	<b>IS3 &gt;= 0</b>
Autogestão	24	83	23	84	7	100
Cooperativa Médica	99	165	52	212	13	251
Cooperativa odontológica	-	26	-	26	-	26
Filantropia	9	18	4	23	-	27
Medicina de Grupo	67	101	55	113	31	137
Odontologia de Grupo	1	21	1	21	-	22
Seguradora	-	7	-	7	-	7
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>421</b>	<b>135</b>	<b>486</b>	<b>51</b>	<b>570</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Das 621 operadoras analisadas na amostra da Tabela 7, 200 apresentaram insuficiência conforme o indicador IS1. No entanto, ao considerar a inclusão dos imóveis como garantia, houve uma redução de 65 operadoras com insuficiência representando uma redução de 32,50%, resultando em um montante de 135 operadoras. Isso indica que essas 65 operadoras têm a capacidade para se tornarem suficiente somente com a vinculação dos seus imóveis assistenciais como garantia para cobrir as provisões técnicas, permitindo as operadoras de saúde sanar o problema de suficiência de forma simples e rápida e sem necessidade de aporta ativos garantidores.

A Tabela 8 traz a quantidade de usuários, de acordo com a modalidade da operadora e seus índices de suficiência em dezembro de 2022.

Tabela 8 - Quantidade de usuários de assistência médica por indicador de insuficiência e modalidade de operadora em dezembro de 2022.

<b>Modalidade</b>	<b>IS1 &lt; 0</b>	<b>IS1 &gt;= 0</b>	<b>IS2 &lt; 0</b>	<b>IS2 &gt;= 0</b>	<b>IS3 &lt; 0</b>	<b>IS3 &gt;= 0</b>
Autogestão	438.543	2.416.941	436.285	2.419.199	44.013	2.811.471
Cooperativa Médica	4.729.955	12.382.042	2.031.457	15.080.540	588.207	16.523.790
Cooperativa odontológica	-	-	-	-	-	-
Filantropia	285.579	541.664	86.892	740.351	-	827.243
Medicina de Grupo	6.593.312	11.309.784	5.609.054	12.294.042	4.290.313	13.612.783
Odontologia de Grupo	-	-	-	-	-	-
Seguradora	-	6.756.118	-	6.756.118	-	6.756.118
<b>Total</b>	<b>12.047.389</b>	<b>33.406.549</b>	<b>8.163.688</b>	<b>37.290.250</b>	<b>4.922.533</b>	<b>40.531.405</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Ao se analisar a quantidade de usuários vinculados às operadoras de acordo com seus índices de suficiência, pode-se notar que entre 8,2 milhões e 12,0 milhões de usuários que possuem planos de saúde com cobertura médica estão vinculados a operadoras de saúde em situação preocupante de solvência. Esses usuários podem enfrentar consequência caso a situação não seja regularizada.

A situação é ainda mais preocupante para os usuários vinculados às 51 operadoras que atualmente não possuem recursos financeiros disponíveis para reverter seu quadro de insolvência. Essas operadoras possuem contratos de assistência médica com aproximadamente 4,9 milhões de usuários e 3,5 milhões contratos de assistência odontológica, conforme demonstrado na Tabela 9, a seguir. Nesses casos, medidas imediatas precisam ser tomadas para evitar maiores prejuízos aos beneficiários que possuem vínculos com essas operadoras.

Tabela 9 - Quantidade de usuários de assistência odontológica por indicador de insuficiência e modalidade de operadora em dezembro de 2022

<b>Modalidade</b>	<b>IS1 &lt; 0</b>	<b>IS1 &gt;= 0</b>	<b>IS2 &lt; 0</b>	<b>IS2 &gt;= 0</b>	<b>IS3 &lt; 0</b>	<b>IS3 &gt;= 0</b>
Autogestão	35.432	42.523	35.432	42.523	-	77.955
Cooperativa Médica	-	510.447	-	510.447	-	510.447
Cooperativa odontológica	-	3.121.452	-	3.121.452	-	3.121.452
Filantropia	17.953	72.425	-	90.378	-	90.378
Medicina de Grupo	3.695.010	6.705.514	3.575.408	6.825.116	3.551.922	6.848.602
Odontologia de Grupo	130.430	11.647.424	130.430	11.647.424	-	11.777.854
Seguradora	-	2.636.080	-	2.636.080	-	2.636.080
<b>Total</b>	<b>3.878.825</b>	<b>24.735.865</b>	<b>3.741.270</b>	<b>24.873.420</b>	<b>3.551.922</b>	<b>25.062.768</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do estudo.

Conforme abordado neste capítulo, é possível constatar um cenário desafiador tanto para as operadoras de planos de saúde quanto para a Agência Nacional de Saúde como órgão regulador. Os indicadores utilizados revelaram uma degradação da solvência das operadoras nos últimos, mostrando que esse número vem cada vez mais aumentando.

Torna-se imperativo que as operadoras priorizem a questão da solvência, a fim de evitar problemas futuros relacionados à qualidade dos serviços prestados. Além disso, é fundamental que elas utilizem os mecanismos regulatórios disponíveis para equacionar a relação entre provisões técnicas e ativos garantidores.

A intervenção da Agência Nacional de Saúde se faz necessária nos casos mais críticos, a fim de proteger os usuários e evitar que estes usuários sejam repassados para o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim a continuidade do acesso aos serviços de saúde privados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mercado de planos de saúde enfrenta um desafio significativo ao buscar um equilíbrio econômico e financeiro em um ambiente complexo e regulamentado. Com a promulgação da Lei nº 9.656/1998, que regulamentou o setor de saúde suplementar, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da Lei nº 9.961/2000, foram estabelecidos inúmeros atos normativos com o objetivo de promover transparência nas relações entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários. Essas regulamentações têm como objetivo estabelecer diretrizes claras e responsabilidades para todos os envolvidos no mercado de planos de saúde.

Este estudo cumpriu seu objetivo geral ao realizar uma análise abrangente dos diferentes cenários de insuficiência entre os ativos garantidores e as provisões técnicas. O foco principal era investigar a situação de insuficiência no mercado de saúde suplementar como um todo. Por meio dessa análise, foi possível examinar a relação entre os ativos garantidores e as provisões técnicas, identificando possíveis déficits e avaliando a saúde financeira do setor. A investigação abrangeu uma variedade de cenários, considerando diferentes níveis de insuficiência e suas implicações para as operadoras de planos de saúde.

Além disso, os objetivos foram alcançados ao quantificar as operadoras com e sem suficiência, o que proporcionou uma compreensão clara da estrutura do mercado de saúde suplementar e a participação de cada modalidade. Essa análise contribui para uma melhor compreensão do cenário da saúde suplementar e pode fornecer informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões e o desenvolvimento de políticas adequadas.

Apresentar o número de vidas do setor é essencial para compreender a abrangência e o impacto do sistema de saúde suplementar na população. Essa informação revela a quantidade de pessoas que têm acesso a serviços de saúde por meio de planos privados, oferecendo uma perspectiva importante sobre a cobertura e a relevância do setor no país.

O presente trabalho além de contribuir com a escassa literatura sobre o tema, busca alertar o segmento de operadoras de planos de saúde para a necessidade do equilíbrio entre os ativos garantidores e provisões técnicas em consonância com a legislação vigente.

De forma geral, os resultados do estudo foram considerados satisfatório, revelando um aumento no número de operadoras com insuficiência de ativos garantidores, totalizando 200 operadoras ao final de 2022. Isso representa 32,20% das operadoras analisadas. As modalidades mais expostas a cenários de insuficiência foram as medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestão e filantrópicas. Essas operadoras possuem aproximadamente 12 milhões de usuários com planos de saúde de assistência médica e 3,8 milhões de usuários de planos de saúde de assistência odontológica, representando, respectivamente, 24,86% e 12,65% dos beneficiários com plano de saúde no Brasil.

No que se refere às limitações do estudo, é importante destacar que a abrangência poderia ter sido maior se todas as operadoras tivessem divulgado suas informações econômico-financeiras. Além disso, as constantes alterações nas regulamentações referentes às provisões técnicas, ativos garantidores e plano de contas dos demonstrativos contábeis divulgados dos últimos 10 anos representam desafios para o estudo. Por outro lado, isso evidencia o compromisso da Agência Nacional da Saúde em propor as melhores práticas de mensuração e contabilização.

Recomenda-se que estudos futuros aprofundem a análise em um período mais amplo, a fim de confirmar as tendências identificadas e obter uma compreensão mais robusta e abrangente das mudanças ao longo do tempo e das possíveis variações nos resultados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital baseado em risco: uma abordagem para operadoras de planos de saúde**. 2008. 114f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Mestrado em Engenharia de Produção, Universidade Federal Fluminense, 2008. Disponível em: <https://livros01.livrosgratis.com.br/cp062079.pdf>. Acesso em 8 jul. 2023.

BALLARDIM, A. R. Breves linhas sobre planos públicos de assistência à saúde. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 20, p. 190–207, 2018. Disponível em: <https://revista.defensoria.rs.def.br/defensoria/article/view/155>. Acesso em: 6 jul. 2023.

BRASIL. Lei n.º 9.961/2000. **Dispõe sobre a criação da ANS**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Lei nº 9.656. **Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde**. Brasília, 1998b.

BRASIL, Lei nº 5.764/1971. Dispões sobre a Definição a política nacional de **cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências**. Brasília, 1971c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Peona – Outros prestadores**. 2023e. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/peona>. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados do SUS – PEONA SUS**. 2023f. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/peona-sus>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) - Outros Prestadores**. 2023g. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-eventos-sinistros-a-liquidar>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar (PESL) – SUS**. 2023h. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-eventos-sinistros-a-liquidar-pestl-sus>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio - PIC**. 2023i. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-insuficiencia-de-contraprestacao-premio-pic>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Provisão para Remissão**. 2023j. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/provisao-para-remissao>. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRASIL. FENASAÚDE. Conheça a FenaSaúde. **O que é Saúde Suplementar?**. Rio de Janeiro, [s. d.]. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/conheca-a-fenasaude/sobre-o-setor/entenda-o-setor.html>. Acesso em 6 jul. 2023.

CASSIANO, Thais de Siqueira. **Análise Financeira das Operadoras de Planos de Saúde entre os anos de 2013 e 2016**. Monografia (Especialista em Gestão Estratégica de Negócios). Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36078/1/An%C3%A1lise%20Financeira%20de%20Operadoras%20de%20Planos%20de%20Sa%C3%BAde%20entre%20os%20anos%20de%202013%20a%202016.pdf>. Acesso em 8 jul. 2023.

DUARTE, Sérgio de Melo. **Suficiência de Ativos Garantidores e Provisões Técnicas em Operadoras de Plano de Saúde**. Dissertação (Mestrado) - Curso Administração e Controladoria. Área de concentração: Contabilidade e Controladoria, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/65832>. Acesso em 6 jul. 2023.

OLIVEIRA, Daniele Adelaide Brandão de. **Risco de Insustentabilidade Financeira dos Beneficiários de uma Operadora de Planos de Saúde: Uma Comparação de Modelos de Classificação**. Fortaleza, 2014. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21456/1/2014\\_dis\\_daboliveira.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21456/1/2014_dis_daboliveira.pdf). Acesso em: 7 jul. 2023.

SALVATORI, Rachel Torres; VENTURA, Carla A. Arena. A agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Revista Organização e Sociedade**. Organ. Soc. - Salvador, v.19 - n.62, p. 471-487 - Julho/Setembro – 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/YZRSftDwyZRjBnwK8LpKJsn/?lang=pt&%3A~%3Atext=A%20>. Acesso em: 6 jul. 2023.

## ANEXO A – CONTAS CONTÁBEIS UTILIZADAS.

<b>Codificação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Classificação</b>
1221	APLICAÇÕES GARANTIDORAS DE PROVISÕES TÉCNICAS	AG
1222	APLICAÇÕES LIVRES	AL
1311	APLICAÇÕES GARANTIDORAS DE PROVISÕES TÉCNICAS	AG
1312	APLICAÇÕES LIVRES	AL
13311	IMÓVEIS - HOSPITALARES/ODONTOLÓGICOS	IMOVEIS
13311901	Custo de Aquisição	IMOVEIS
13321901	Custo de Aquisição	IMOVEIS
211111013	Provisão de Insuficiência de Prêmios/Contraprestações	PIC
211111014	Provisão para Remissão	REMISSÃO
211111021	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS - GRU	PESL SUS
211111031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
211111032	Cooperados	PESL
211111033	Intercâmbio	PESL
211111034	Reembolso	PESL
211111035	Rede Própria	PESL
211111041	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) - Outros Prestadores	PEONA
211111042	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) - SUS	PEONA SUS
211111081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
211111082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS
211112021	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS - GRU	PESL SUS
211112031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
211112032	Cooperados	PESL
211112033	Intercâmbio	PESL
211112034	Reembolso	PESL
211112035	Rede Própria	PESL
211112081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
211112082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS
211121013	Provisão de Insuficiência de Prêmios/Contraprestações	PIC
211121014	Provisão para Remissão	REMISSÃO
211121021	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS - GRU	PESL SUS
211121031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
211121032	Cooperados	PESL
211121033	Intercâmbio	PESL
211121034	Reembolso	PESL
211121035	Rede Própria	PESL
211121041	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) - Outros Prestadores	PEONA
211121042	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) - SUS	PEONA SUS
211121081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
211121082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS
211122021	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar para o SUS - GRU	PESL SUS
211122031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
211122032	Cooperados	PESL
211122033	Intercâmbio	PESL
211122034	Reembolso	PESL
211122035	Rede Própria	PESL
211122081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
211122082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS
231111013	Provisão de Insuficiência de Prêmios/Contraprestações	PIC
231111014	Provisão para Remissão	REMISSÃO

231111031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
231111032	Cooperados	PESL
231111033	Intercâmbio	PESL
231111034	Reembolso	PESL
231111035	Rede Própria	PESL
231111041	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA)	PEONA
231111042	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) - SUS	PEONA SUS
231111081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
231111082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS
231112031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
231112032	Cooperados	PESL
231112033	Intercâmbio	PESL
231112034	Reembolso	PESL
231112035	Rede Própria	PESL
231112081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
231112082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS
231121013	Provisão de Insuficiência de Prêmios/Contraprestações	PIC
231121014	Provisão para Remissão	REMISSÃO
231121031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
231121032	Cooperados	PESL
231121033	Intercâmbio	PESL
231121034	Reembolso	PESL
231121035	Rede Própria	PESL
231121041	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA)	PEONA
231121042	Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) - SUS	PEONA SUS
231121081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
231121082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS
231122031	Rede Contratada/Credenciada	PESL
231122032	Cooperados	PESL
231122033	Intercâmbio	PESL
231122034	Reembolso	PESL
231122035	Rede Própria	PESL
231122081	Outras Provisões Técnicas - Autorizadas	OUTRAS
231122082	Outras Provisões Técnicas - Obrigatórias	OUTRAS

---