

RESOLUÇÃO CDE Nº 454/2022

Aprova a Política de Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros.

O Conselho Deliberativo do Agros – Instituto UFV de Seguridade Social, no uso de suas atribuições, considerando o disposto no processo administrativo Agros nº 069/2021,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a Política de Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros, conforme documento anexo.

Art. 2º Manter as disposições que com estas não conflitem.

Viçosa, 6 de junho de 2022.

José Júlio de Souza

Eduardo Rezende Pereira

Augusto César de Queiroz

Moacir Albuquerque Gomes de Lima

Luciana Aparecida Silva

Vicentina das Dores Martins Ferreira

Adriel Rodrigues de Oliveira

Jansen Cardoso Pereira

Moacil Alves de Souza

Weliton Rodrigues

POLÍTICA DE SOLVÊNCIA, SUBSCRIÇÃO, PROVISIONAMENTO E GESTÃO DOS RESULTADOS ATUARIAIS DOS PLANOS DE SAÚDE DO AGROS

1. INTRODUÇÃO

É fundamental entender os riscos envolvidos na gestão de planos de saúde e mensurar as reservas que uma operadora precisa manter para garantir a continuidade de suas atividades. Em virtude da necessidade de preservação da solvência do mercado, a ANS propôs mudanças no atual modelo de solvência exigido, que, até então, baseava-se nos pilares da Solvência I, para um modelo de Capital Baseado em Risco, embasado nos pilares da Solvência II.

Atualmente, o modelo exigido pelas operadoras para margem de solvência (Solvência I) é simples, baseado apenas em fatores aplicados sobre as receitas e despesas assistenciais das operadoras. Dessa forma, não avalia os diversos riscos inerentes ao negócio, considerando as características individuais das operadoras, como por exemplo, o tipo de produto ofertado (individual, coletivo por adesão, coletivo empresarial), nem mesmo sua segmentação, se médico-hospitalar, exclusivamente odontológica ou mista. Considerando que os riscos inerentes à operação de plano de saúde são elevados, a ANS percebeu a necessidade de alteração do modelo atual. Além disso, é preciso ressaltar que, no caso de insolvência de uma operadora, outros agentes poderão ser impactados, tais como consumidores, prestadores de serviços assistenciais e até o mesmo o Estado, visto que esses consumidores poderão passar a utilizar o Sistema Único de Saúde - SUS, o que reforça a necessidade de aprimoramento das regras de solvência adotadas.

O Capital de Solvência de uma operadora deverá ser suficiente para cobrir os diversos riscos que podem afetar negativamente os seus resultados. O novo modelo proposto foi embasado nas regras internacionais de Solvência II, que é um regime estruturado em três pilares. São eles: Pilar I - Requerimentos de Capital: são os requerimentos quantitativos que visam garantir a continuidade das operadoras, citando como exemplo as exigências de provisões técnicas, necessidade de estabelecer regras de capital mínimo em função dos riscos das operadoras. Pilar II - Abordagem de Supervisão (Qualitativa): princípios de supervisão para a revisão de processos internos de avaliação da adequação de capital, de forma a incentivar a aplicação, pelos próprios supervisionados, de melhores práticas de gerenciamento de riscos. Pillar III – Transparência: reportes financeiros, transparência, qualidade e harmonização dos dados. Como parte da regulação do Pilar I da Solvência II, a ANS prevê a regulação dos cinco principais riscos envolvidos na operação dos planos de assistência à saúde. São eles: risco de subscrição, de crédito, legal, operacional e de mercado. Para tanto, será proposta pelo órgão regulador uma metodologia de cálculo para apuração dos cinco riscos citados, não sendo permitido, a princípio, o ajuste dos fatores divulgados ou o envio de modelo próprio de cálculo pelo Atuário. O Capital Base no Risco de Subscrição (CBR de Subscrição) é notoriamente conhecido pela comunidade atuarial, considerando as oscilações referentes à precificação e provisão técnica. Sua metodologia de cálculo já foi divulgada pela ANS. Para a grande maioria das operadoras, o CBR de Subscrição corresponderá à maior parcela do CBR total. O CBR de Crédito, até o momento, não fazia parte da rotina de análise da grande maioria das operadoras. Todavia, sua avaliação é de extrema importância, tendo em vista que, de maneira geral, ele corresponde ao segundo maior valor que deverá ser observado pelas operadoras de planos de saúde. Dessa forma, considerando o contexto atual, é fundamental entender o conceito do Risco de Crédito e como ele impacta na solvência das operadoras. O CBR de Crédito, de acordo com a ANS, corresponde à medida de incerteza relacionada à probabilidade de a contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

financeiros. Quando pensamos em Risco de Crédito em operadoras de planos de saúde, a primeira questão que nos vem à cabeça é a inadimplência das contraprestações. Ocorre que esse risco, avaliado na operação dos planos de saúde, vai muito além disso. O atuário deve ficar atento e mensurar as incertezas relacionadas ao risco a que a operadora está sujeita quando, por exemplo, aplica seus recursos em instituições financeiras ou quando cede sua rede de prestadores de serviços para beneficiários de outra operadora (compartilhamento de risco). Diante disso, mesmo que o IFRS 9 Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC 48) não tenha sido convalidado pela ANS, as operadoras passaram a ter que se preocupar com o tipo de ativo em que estão aplicando seus recursos, com a credibilidade da instituição financeira onde mantêm suas aplicações, com a avaliação da situação econômico-financeira das operadoras com as quais mantêm convênio para atendimento dos beneficiários, dentre outros aspectos. (Revista Brasileira de Atuária, Ano IV, Número 4, 2020)

As reservas técnicas, também chamadas de provisões técnicas são, simplificada, o quanto de dinheiro a seguradora precisa manter (reservar) em seu balanço de modo a arcar com os compromissos que deverá assumir com seus segurados. Valores contabilizados no passivo da operadora que refletem as obrigações esperadas decorrentes da operação de plano de saúde.

As novas provisões técnicas: PEONA SUS e PIC tornaram-se obrigatória para as operadoras a partir de 1º de janeiro de 2021. A norma estabelece que as operadoras poderão constituir tais provisões a partir de janeiro/2021, podendo sua constituição se dar de forma gradativa, durante os 24 meses seguintes, mantido dessa forma o prazo final de integralização das referidas provisões.

A gestão atuarial pode ser definida como a administração, cuidadosa, das variáveis que interferem na apuração do diagnóstico técnico do plano, como por exemplo, a realização de estudos para análise da adequação e aderência das hipóteses, o processo de seleção de regimes financeiros e métodos de financiamento adequados às características dos benefícios e compatíveis com a sustentabilidade do plano de custeio, observada a capacidade orçamentária (presente e futura) do Ente Federativo, o estabelecimento de uma meta atuarial compatível com a realidade econômica e com o perfil de risco dos investimentos e uma boa gestão cadastral. Fato é que a gestão atuarial tem passado a uma posição de destaque nas operadoras de planos de saúde. Sua correlação com os processos operacionais denota seu caráter estratégico e não apenas uma obrigação formal para cumprimento de exigências normativas.

O risco atuarial corresponde à possibilidade de as hipóteses atuariais não acontecerem como o previsto no estudo atuarial. Subestimar essas variáveis pode gerar frustrações e perdas no futuro, assim como superestimar pode trazer um excesso de segurança e tornar os custos elevados.

2. Provisões Técnicas

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Resolução Normativa - RN nº 442, de 20 de dezembro de 2018, que altera a RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015, que dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Segundo o normativo, as operadoras deverão constituir mensalmente as seguintes provisões técnicas: Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL), referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela operadora:

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

2.1. 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 operadora.

Conforme ofício nº 4287/2013/GGAME(GEHAE)/DIOPE/ANS, de 16 de outubro de 2013, o Agros teve a sua Nota Técnica Atuarial de PEONA aprovada pela Diretoria de Normas e Habilitação das operadoras – DIOPE. Assim, desde outubro de 2013 a PEONA já vem sendo calculada considerando a metodologia própria aprovada pela Agência. O Agros deverá manter mensalmente Ativos Garantidores Vinculados à ANS para lastrear integralmente essa provisão. No Anexo I a esta Política apresentamos a metodologia elaborada e aprovada pela ANS.

2.2. Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados ocorridos no Sistema Único de Saúde (PEONA SUS), referente à estimativa do montante de eventos/sinistros originados no SUS, que tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à operadora.

A PEONA – SUS refere-se aos eventos ocorridos e não avisados na rede SUS. Similar ao que ocorre com a PEONA, a PEONA – SUS poderá ser apurada considerando uma metodologia própria atuarial, ou a operadora poderá observar o menor entre os seguintes valores:

- 115% do total dos eventos avisados nos últimos 24 meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema (SUS); e
- Fator Individual de PEONA SUS multiplicado pelo total dos eventos avisados nos últimos 24 meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema (SUS).

O Fator Individual de PEONA SUS será aquele resultante da aplicação da seguinte fórmula para cada operadora.

$$\text{FATOR INDIVIDUAL PEONA SUS} = \sqrt[6]{\frac{EONA\ SUS}{\prod \text{Eventos SUS (24 meses)}}}$$

Onde:

- “A” refere-se ao terceiro trimestre de 2014, que é o primeiro trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;
- “B” refere-se ao quarto trimestre de 2015, que é o último trimestre do período considerado no cálculo do percentual de que trata a fórmula acima;
- EONA SUS é o montante referente a soma dos valores devidos de procedimentos, cobrados ou passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS para os quais não foram emitidas GRU, ocorridos até o fim do trimestre de referência, mas ainda não notificados como devido pela ANS à operadora até o fim do referido trimestre. São considerados como valores devidos passíveis de cobrança de ressarcimento ao SUS aqueles procedimentos que não foram impugnados e cujo prazo de impugnação terminou, os indeferidos em 1ª instância e não recorridos, e os não providos em 2ª instância;
- Foram considerados nos Eventos SUS (24 meses) as notificações de ressarcimento ao SUS cujos prazos de impugnação terminaram e que não foram impugnados pela operadora, os indeferidos pela ANS em primeira instância e não recorridos, os não providos em segunda instância e os cobrados com Guia de Recolhimento da União (GRU).

A ANS divulgará mensalmente em seu sítio institucional, por operadora, a porcentagem a ser utilizada para apuração da PEONA SUS pelas operadoras que não tiverem metodologia atuarial própria para

cálculo da provisão e o montante de eventos avisados do SUS nos últimos 24 meses. Inicialmente a PEONA-SUS e a PIC, cujo valor será apresentado no subitem seguinte, seriam obrigatórias a partir de janeiro/2020, podendo ser constituídas gradualmente, de forma linear, ao longo de 36 meses. Ocorre que, como medida para o enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), a ANS deliberou, na 6ª Reunião Extraordinária da Diretoria Colegiada – DICOL/ANS, que ocorreu no dia 31.03.2020, a postergação de exigência de PEONA-SUS e PIC para início em 2021, alterando os prazos constante dos artigos 20-A e 20-B da RN 393, de 2015, todavia, mantendo o prazo final para constituição integral dessas provisões para dezembro/2022.

Dessa forma, as operadoras poderão constituir tais provisões a partir de janeiro/2021, podendo sua constituição se dar de forma gradativa, durante os 24 meses seguintes, mantido dessa forma o prazo final de integralização das referidas provisões.

Ocorre que o Agros optou por continuar constituindo a PIC e a PEONA SUS, de forma gradativa, desde janeiro/2020, mantendo-se a constituição gradativa em 36 meses para o ano de 2021.

De toda forma, o Comunicado nº 88/2020 estabelece que os valores da PEONA-SUS constituídos acima do mínimo exigido não poderão ser revertidos, exceto no caso em que o total contabilizado seja superior a 100% da provisão calculada, permitindo-se, neste último caso, a reversão apenas do excedente.

Diante disso, como o Agros já vem constituindo a PEONA-SUS ao longo do ano de 2020, a consultoria atuarial vislumbra duas possibilidades: registrar contabilmente o mesmo valor constituído em dezembro/2020, enquanto esse valor for superior àquele obtido pela regra de escalonamento de 1/24 avos, passando a adotar essa nova regra de escalonamento quando necessário; continuar adotando a regra de escalonamento prevista anteriormente à pandemia, ou seja, 1/36 avos mensais cumulativos. Contudo, como se tratava de matéria contábil e não atuarial, em que pese o nosso entendimento aqui expresso, decorrente da leitura da documentação e normativos disponíveis, como havia dúvidas quanto à correta contabilização da provisão escalonada, A consultoria atuarial recomendou consulta à auditoria independente do Agros.

Tendo em vista o exposto, o Agros fez o devido questionamento e a auditoria respondeu que não via problema em realizar o escalonamento das provisões dessa forma. Deste modo, a operadora manteve o escalonamento na proporção cumulativa de 1/36 avos mensais, como já vem sendo feito, com o respaldo da auditoria externa.

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

Considerando que o Agros não possui previsão de remissão de contraprestação em contrato/regulamento dos planos de saúde, não há constituição de provisão para remissão.

2.4. Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas (PPCNG), referente à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu.

O objetivo dessa provisão é garantir o período de risco de cobertura contratual que ainda não decorreu, por isso o termo “não ganhas”. A seguir demonstramos a regra de cálculo estabelecida pela ANS para essa provisão:

$$\text{PPCNG} = \frac{\text{Período de risco a decorrer} \times \text{Contraprestação}}{\text{Período total de cobertura do risco}}$$

Trata-se de uma provisão puramente contábil, não cabendo qualquer estimativa atuarial do seu valor. De acordo com o artigo 4º da RN nº 314/12, que altera o artigo 4º da RN nº 206/09, não será necessário lastrear essa provisão com ativos garantidores. Portanto, de acordo com o previsto no referido normativo, a operadora deverá apenas registrar essa provisão em seu passivo.

Ressalta-se, por fim, que, se a cobrança das contribuições para o plano ocorrer sempre no dia 1º de cada mês, para cobertura das despesas ocorridas no mesmo mês, o saldo dessa provisão será igual a zero. Contudo, é necessário registrar contabilmente a movimentação dessa conta.

2.5. Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio (PIC), referente à insuficiência de contraprestação/prêmio para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer, quando constatada.

A PIC tem como objetivo a cobertura de eventual insuficiência das contraprestações em relação às despesas assistenciais, administrativas e de comercialização.

De acordo com a RN nº 442/18, a PIC deverá ser apurada apenas para os planos com custeio na modalidade de preço pré-estabelecido, com segmentação médico-hospitalar.

$$\text{FIC} = \text{MAX} \left[0; \frac{\text{EIL} + \text{DC} + \text{DA} + \text{Fcorresp}}{\text{Contraprestações Efetivas} + \text{Fcorresp}} - 1 \right]$$

Também para essa provisão, a operadora poderá apresentar uma metodologia própria atuarial para apuração do seu valor, ou deverá utilizar como referência o fator de insuficiência de contraprestações/prêmios – FIC, calculado conforme abaixo:

Onde:

- Contraprestações Efetivas: é o montante de receitas com operações de assistência à saúde subtraído o montante de tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
- EIL: Eventos indenizáveis líquidos registrados contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
- DC: Despesas de comercialização registradas contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês do cálculo;
- DA: Despesas administrativas registradas contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
- Fcorresp: Valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida ou transferida registradas contabilmente nos últimos 12, incluindo o mês de cálculo.

Dessa forma, caso o FIC apurado seja 0, não há necessidade de constituição da PIC. Caso contrário, há necessidade de constituição da PIC, que será apurada considerando a seguinte formulação:

$$\text{PIC} = \text{FIC} \times \text{contraprestações dos Últimos 12 meses MH Pré}$$

De acordo com a nota técnica 3/2018/DIOPE (processo nº 33910.024114/2017-98), para apuração da PIC são utilizadas as contas contábeis 31 e 321 para apuração das contraprestações efetivas.

Ocorre que, para fechamento das contas 312 e 321 é necessário que o valor da PIC esteja apurado e, por outro lado, para cálculo da PIC seria necessário que essas contas já estivessem fechadas. Essas inconsistências observadas no cálculo da PIC impedem que sua apuração seja feita da forma que está expressa na RN nº 393/15.

Dessa forma, foi feito um questionamento à ANS, via Instituto Brasileiro de Atuária – IBA, a respeito das referidas inconsistências, na busca de uma orientação única a ser utilizada pelo mercado no cálculo da provisão.

De acordo com o posicionamento formal da ANS, em resposta ao questionamento do IBA, via DIOPE Responde, a Agência orientou a calcular a PIC desconsiderando o efeito histórico da dessa provisão, tanto na variação das provisões técnicas (312), quanto no cálculo dos tributos diretos (321), para todos os 12 meses considerados no cálculo, e não apenas no mês referente à data-base de cálculo. Ou seja, para o cálculo da referida provisão, não deve ser considerada a conta “31211901– Provisão de Insuficiência de Prêmios”, referente à variação da PIC.

Além disso, em relação aos tributos diretos, para fins de cálculo da PIC, deve ser feito um balancete prévio, apurando os valores desses tributos desconsiderando os efeitos da PIC. Posteriormente ao cálculo da referida provisão, os tributos devem ser recalculados, para devida contabilização nos balancetes.

Desta maneira, caso o Agros apresente valor de PIC e não seja isenta dos tributos diretos, não será possível calcular a PIC real através do DIOPS, uma vez que não será possível saber o montante de tributos diretos sem o efeito da PIC.

Apesar do Agros apresentar valores de tributos diretos, não foi necessária a constituição de PIC até o momento. Desta maneira será possível obter a estimativa dessa provisão utilizando as informações contidas no DIOPS.

2.6.Outras Provisões Técnicas, necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões (NTAP) e aprovadas pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).

Atualmente o Agros não possui constituição de outras provisões técnicas.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Estabelecer diretrizes para acompanhamento e controle da solvência, subscrição, provisionamento e resultados atuariais dos Planos de Saúde do Agros, considerando os riscos inerentes aos processos e o atendimento a legislação vigente dos órgãos reguladores e fiscalizadores.

3.2. Específicos

- 3.2.1. Acompanhar e manter o equilíbrio econômico-financeiro dos planos de saúde, minimizando os riscos de subscrição
- 3.2.2. Registrar a metodologia e controles necessários para avaliação e acompanhamento da solvência, subscrição, provisionamento e resultados atuariais dos Planos de Saúde do Agros;
- 3.2.3. Estruturar os processos, estabelecendo o fluxo e temporalidade dos controles, considerando a legislação vigente;
- 3.2.4. Estabelecer as responsabilidades em relação a entrega dos processos para controle e acompanhamento da solvência, subscrição, provisionamento e resultados atuariais dos Planos de Saúde do Agros.

4. DIRETRIZES

Considerando a necessidade de nortear as ações a seguir, são apresentadas as diretrizes estabelecidas para a Política de Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros:

- 4.1. Estabelecer que a Unidade Administrativa de Saúde deverá envidar todos os esforços para a implantação da Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS, se responsabilizando pelo envio das obrigações relativas ao Sistema de Informação dos Beneficiários – SIB, Sistema de Informações de Produtos – SIP, Taxa de Saúde Suplementar e Monitoramento TISS, obedecendo o calendário regulatório de obrigações e informações à ANS;
- 4.2. Estabelecer que o cálculo da PEONA deverá ser realizado mensalmente pela metodologia própria desenvolvida pelo Atuário contratado pelo Agros, conforme Anexo I, e aprovada pela ANS, mantendo todos os registros para possíveis avaliações e fiscalizações;
- 4.3. Continuar adotando a regra de escalonamento prevista anteriormente à pandemia para o provisionamento da PEONA SUS, ou seja, 1/36 avos mensais cumulativos até a sua constituição total, com o respaldo da auditoria independente.
- 4.4. Estabelecer que as outras provisões técnicas exigidas pela RN 442/2018, ou outra que vier a substituí-la, deverão ser calculadas mensalmente e seguir metodologia elaborada pela ANS, mantendo todos os registros para possíveis avaliações e fiscalizações;
- 4.5. Estabelecer que seja realizado estudos anuais para análise da necessidade de constituição de outras provisões técnicas para a mitigação dos riscos de solvência, subscrição e provisionamento, para avaliação e aprovação do Conselho Deliberativo.
- 4.6. Definir que a Provisão de Perdas Sobre Crédito – PPSC será mantida com os valores de contribuições com pelo menos um débito em aberto a mais de 90 dias de vencimento a

totalidade do Contrato deverá ser provisionada, de acordo com a RN 290 de 27 e fevereiro de 2012;

- 4.7. Cumprir com todos os requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 443/19 podendo utilizar, para fins de cálculo do Capital Baseado em Riscos, os fatores reduzidos constantes do Anexo III da RN nº 451/2020, ou seja, buscar ficar sujeitos a uma exigência menor de capital regulatório antes de janeiro de 2023.
- 4.8. Manter estudos atuariais anuais dos planos de saúde para avaliação do equilíbrio econômico e financeiros dos produtos, com a aprovação do Conselho Deliberativo.

5. ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

- 5.1. Acompanhamento e orientações por parte da Assessoria Jurídica do Agros ou de consultoria contratada pelo Agros das publicações de novas regulamentações emitidas pela ANS, com apresentação dos principais reflexos relacionados ao Agros;
- 5.2. Controle dos principais indicadores financeiros trimestralmente, após o envio do DIOPs pela unidade administrativa de Contabilidade, por meio de relatório emitido pelo Atuário contratado;
- 5.3. Aderência do Ciclo de Avaliação de Riscos do Agros à RN 443, de 25 de janeiro de 2019, que dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde;
- 5.4. Adaptação ao novo modelo de Capital Baseado em Riscos no momento em que o valor calculado pelo novo método for menor ao observado com a utilização de 70% da Margem de Solvência.

6. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

Considerando que o Agros possui estabelecido no Manual de Governança Corporativa (2013) e no Código de Ética e Conduta (2019) a determinação dos agentes relevantes para a gestão dos planos administrados pelo Agros, e neles consta a divisão das atribuições entre Conselho Deliberativo, Conselho Fiscal, Diretoria Executiva, Auditor Independente, Atuário e outros agentes, apresentam-se a seguir as responsabilidades de alguns desses órgãos envolvidos na gestão da Política Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros.

5.1. Conselho Deliberativo

De acordo com o Manual de Governança Corporativa (2013), o Conselho Deliberativo “é o órgão superior da estrutura organizacional, responsável pela definição das políticas gerais da administração e dos planos previdenciários e assistenciais administrados pelo Agros”. Diante do exposto, são relacionadas a seguir as responsabilidades do Conselho Deliberativo perante a gestão dos planos de saúde do Agros:

- a. Aprovar a Política de Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros;
- b. Estabelecer as Diretrizes para o estudo atuarial dos planos de saúde;
- c. Aprovar anualmente o Plano de Custeio dos planos de saúde.

5.2. Diretoria Executiva

A Diretoria Executiva é o órgão responsável pela administração do Agros, “cabendo-lhe executar as políticas e diretrizes aprovadas pelo Conselho Deliberativo, elaborar as normas gerais necessárias ao seu funcionamento e monitorar as atividades exercidas pelas respectivas unidades administrativas”. Observando o direcionamento das atividades da Diretoria Executiva do Agros, são apresentadas as principais responsabilidades para com a gestão dos planos de saúde.

- a. Definir e nortear a Política de Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros;
- b. Acompanhar e cobrar efetivamente das Unidades Administrativas as obrigações estabelecidas na Política de Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros.

5.3. Unidade Administrativa da Saúde

Cabe à Unidade Administrativa de Saúde a gestão das atividades necessárias ao funcionamento dos Planos de Saúde do Agros. A seguir apresentamos as principais responsabilidades desta Unidade Administrativa.

- a. Implantar as diretrizes estabelecidas nas Políticas Institucional, de Saúde, de Solvência, Subscrição, Provisionamento e Gestão dos Resultados Atuariais dos Planos de Saúde do Agros;
- b. Manter em dia os comunicados à ANS referentes as informações dos beneficiários e dos produtos, por meio do SIB e SIP;
- c. Estruturar e acompanhar anualmente o processo de avaliação atuarial dos planos de saúde;
- d. Apresentar os relatórios trimestral para cálculo e acompanhamento das provisões técnicas, como garantias financeiras, e indicadores financeiros dos Planos de Saúde com base no DIOPs para conhecimento e avaliação dos órgãos de governança do Agros;
- e. Acompanhamento da legislação relativa à gestão dos resultados atuariais.

5.4. Unidade Administrativa da Contabilidade

- a. Elaborar e enviar à ANS trimestralmente o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde – DIOPs Financeiro, juntamente com os Relatório de Procedimentos Previamente Acordados PPA PESL e DIOPS, e TRA – Termo de Responsabilidade Atuarial, regulamentados pela RN 173 de 10 de julho de 2008, IN 45 de 15 de dezembro de 2010 e RN 393 de 09 de dezembro de 2015, e suas alterações
- b. Elaborar e enviar anualmente à ANS as Demonstrações Financeiras completas do exercício, acompanhadas das Notas Explicativas, do Relatório dos Auditores Independentes e do Relatório da Administração, bem como, o Relatório Circunstanciado de Auditoria regulamentados pela RN 173 de 10 de julho de 2008;
- c. Contabilizar conforme a RN nº 430/17 as operações de compartilhamento da gestão de riscos envolvendo Agros e Unimed Serras de Minas, considerando reflexos no cálculo da Margem de Solvência e a RN nº 451/2020, que dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde;
- d. Registrar nas contas de Aplicações Garantidoras de Provisões Técnicas (1221 e 1311) o montante suficiente para cobertura da PEONA, PEONA SUS, PIC e da totalidade da PESL;
- e. Acompanhamento da legislação relativa ao provisionamento técnico.

5.5. Unidade Administrativa de Investimento

- a. Acompanhar e avaliar mensalmente a solvência dos planos de saúde, garantindo a adimplência do Agros com seus beneficiários, prestadores de serviço e órgãos reguladores e fiscalizadores;
- b. Investir e resguardar o resultado dos investimentos, buscando dar maior perenidade ao patrimônio dos Planos de Saúde;
- c. Acompanhar os cálculos das provisões técnicas, garantindo a constituição dos recursos garantidores das provisões técnicas, mantendo-os em Fundos Dedicados da Saúde Suplementar ou Contas Individualizadas nas Centrais de Custódia para que a situação esteja totalmente regular perante a ANS;
- d. Estudar e estruturar modelos de resseguro para garantir os valores de contas de saúde de alto valor, para a garantia da perenidade do Fundo Assistencial;
- e. Acompanhamento da legislação relativa à solvência e subscrição.

5.6. Unidade Administrativa de Relacionamento

- a. Atualizar e gerir os dados cadastrais dos beneficiários dos Planos de Saúde que interferem diretamente na avaliação e gestão atuarial.

5.7. Secretaria Executiva

- a. Estabelecer que a Secretaria Executiva do Agros ficará responsável pela manutenção das informações cadastrais do Agros, órgãos de governança e responsável técnico pelos planos de saúde, enviadas por meio do DIOPs Cadastral.

7. AÇÕES

7.1.SOLVÊNCIA

- 7.1.1. Do ponto de vista técnico-atuarial a Margem de Solvência deve ser constituída considerando a expectativa de ocorrência de todos os atendimentos de seus beneficiários durante todo o período da base de cálculo (últimos 36 meses);
- 7.1.2. Apresentação de relatório mensal por parte da Unidade Administrativa Financeira dos cálculos relativos aos indicadores financeiros dos planos de saúde;
- 7.1.3. Realizar avaliação diária da adimplência do Agros com seus beneficiários, prestadores de serviço e fornecedores.
- 7.1.4. Realizar estudo junto as empresas responsáveis pela avaliação e riscos e atuarial da necessidade de aprimoramento do mapeamento dos riscos, buscando identificar a necessidade de criação de novas provisões técnicas para garantir a solvência dos Planos de Saúde;
- 7.1.5. Manter ativos financeiros (Vinculados e Não-Bloqueados), considerando os valores apresentados nas contas contábeis 1221 e 1311 em contas individualizadas nas centrais de custódias ou em Fundos Dedicados da Saúde Suplementar, bem como observar a diversificação dos ativos, conforme previsto na RN nº 392/15.

7.2.SUBSCRIÇÃO

- 7.2.1. Vincular a garantia de coberturas adicionais ao rol de procedimento e eventos em saúde estabelecidos pela ANS a necessidade de revisão das plano de custeio dos planos de saúde;

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

- 7.2.2. Realizar provisões técnicas para a garantia de coberturas de procedimento cobertos por determinação judicial, utilizando dos valores provisionados na elaboração do estudo atuarial;
- 7.2.3. Calcular e apresentar trimestralmente a Diretoria Executiva e Conselhos os indicadores listados abaixo, com o objetivo de minimizar os riscos de subscrição e manutenção do equilíbrio econômico-financeiro:
- Liquidez Corrente – LC: demonstra a relação entre os ativos conversíveis em dinheiro no curto prazo e as dívidas de curto prazo;
 - Capital Circulante Líquido – CCL: mede a diferença entre o ativo circulante e o passivo circulante da empresa. Demonstra se existe folga nos ativos de curto prazo em relação aos passivos de curto prazo;
 - Endividamento: mede a relação entre o Exigível total e o Ativo total, indicando a relação de dependência da operadora no que se refere ao capital de terceiros;
 - Sinistralidade: demonstra a relação entre as despesas assistenciais da operadora e sua receita de contraprestação;
 - Índice Combinado: Mostra a relação entre o total das despesas assistenciais, de comercialização e administrativas da operadora e suas receitas de contraprestações; • Prazo Médio de Contraprestações a Receber – PCMR: tempo médio que a operadora leva para receber as contraprestações, descontada a provisão para devedores duvidosos;
 - Prazo Médio de Pagamento dos Eventos – PMPE: tempo médio que a operadora leva para pagar os eventos assistenciais.

7.3. PROVISIONAMENTO

- 7.3.1. Solicitação ao atuário a elaboração trimestral de relatório de avaliação das garantias financeiras e provisões técnicas com os principais indicadores financeiros, com base no DIOPs enviado pela GCO.
- 7.3.2. Apresentar os resultados da avaliação econômico-financeira elaborada para o Agros, nos aspectos concernentes às garantias financeiras exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- 7.3.3. Avaliar junto ao atuário dos planos a necessidade de criação de provisionamentos contábeis para pagamento do auxílio saúde suplementar para os aposentados e pensionistas do Plano Previdenciário A que aderiram ao plano até 1993 e continuam inscritos no mesmo.

7.4. GESTÃO ATUARIAL

- 7.4.1. Aprovar anualmente no Conselho Deliberativo as diretrizes para o estudo atuarial dos planos de saúde, contendo todas as variáveis que interferem na apuração do diagnóstico técnico dos planos;
- 7.4.2. Realizar reuniões com os beneficiários dando maior transparência ao processo de avaliação atuarial dos planos de saúde;
- 7.4.3. Estruturar os Planos de Custeio dos produtos de saúde anualmente, compatíveis com decisão do Conselho Deliberativo em relação a avaliação atuarial;
- 7.4.4. Comunicar aos participantes e a ANS, por meio do aplicativo de Reajuste de Planos Coletivos – RPC, os reajustes aplicados na data base dos planos de saúde, conforme estabelecido em legislação;
- 7.4.5. Divulgar anualmente, no site do Agros e no Portal da Patrocinadora, as novas tabelas de contribuições, formalizando o assunto junto à patrocinadora.