

Brasília (DF), 10 de julho de 2024.

À

SEEB/SE e APABANESE.

ASSUNTO: Parecer Técnico a Respeito da Proposta de Realinhamento das Regras de Financiamento do Plano

Prezados,

Encaminho o parecer técnico sobre a proposta de realinhamento das regras de financiamento do Plano Associado da Caixa de Assistência dos Empregados do Banese – CASSE. As conclusões deste parecer são baseadas na análise das informações cadastrais e contábeis fornecidas pela CASSE, bem como no relatório de avaliação atuarial desenvolvido por esta consultoria, incluído como anexo a este documento.

A CASSE, por meio do documento “Proposta de Realinhamento das Regras de Financiamento do Plano”, sugere que os usuários inativos assumam integralmente a parcela de contribuição anteriormente coberta pela empregadora, mantendo as condições de cobertura assistencial e de serviços de saúde vigentes para os beneficiários ativos. Segundo a proposta, o valor integral da contribuição dos inativos seria composto pela sua parte na contribuição (50% da tabela de custeio do Plano Associado) somada à Contribuição Patronal (também 50% da tabela de custeio do Plano Associado), anteriormente suportada pelo empregador durante o período de atividade. Adicionalmente, a proposta inclui a divisão da carteira do Plano Associado em três grupos independentes e autossustentáveis - Ativos, Inativos e Agregados. Atualmente, o modelo de custeio do inativo se baseia em uma contribuição por faixa etária (50% da tabela de custeio do Plano Associado), acrescida de um percentual de 2% sobre a remuneração, substituindo a participação patronal.

Antes de comentar a proposta de custeio sugerida pela CASSE, é fundamental destacar alguns aspectos sobre a situação econômico-financeira da operadora. Compreender a sustentabilidade financeira da CASSE permitirá um entendimento mais profundo sobre a viabilidade e os impactos da nova proposta de custeio tanto para os beneficiários inativos quanto para a operadora.

A análise da Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) do plano da CASSE no período de 2018 a 2023 revelou importantes *insights* sobre a performance financeira e operacional da organização ao longo dos últimos seis anos. Durante este período, foram observadas mudanças significativas nos resultados da operadora. De 2018 a 2020, apesar da sinistralidade elevada, o resultado líquido foi superavitário e crescente, impulsionado pelo resultado financeiro líquido e, especialmente, pelo resultado patrimonial líquido, resultado da participação da operadora na Corretora BANESE e no BANESE Card.

Em 2021 e 2022, os resultados líquidos da operadora sofreram reversões significativas, apresentando déficits expressivos. Esses déficits são reflexo da manutenção da sinistralidade em níveis elevados, acima de 110% em 2021 e 96% em 2022, além da redução considerável no resultado patrimonial. É importante destacar que em 2022, o resultado patrimonial registrou um déficit superior a 2 milhões de reais, exercendo um impacto significativo nos resultados da operadora.

Em 2023, observou-se um ano atípico na série histórica, marcando uma mudança significativa na sinistralidade da operadora como um todo e uma retomada do resultado patrimonial, embora em patamares inferiores aos historicamente observados. Vale ressaltar que, ao contrário dos anos anteriores, o resultado de 2023 foi impulsionado pela melhoria no resultado assistencial, especialmente devido à redução no custo assistencial per capita da operadora, movimento contrário ao do mercado de saúde suplementar, e ao incremento das receitas assistenciais no período. Essa mudança é um cenário positivo para a operadora, demonstrando que as ações implementadas surtiram efeito e contribuíram para a melhoria do resultado assistencial em 2023.

Se o padrão observado em 2023 persistir, a operadora poderá diminuir significativamente, ou até mesmo eliminar, sua dependência dos resultados patrimoniais e financeiros para garantir sua sustentabilidade. Entre 2018 e 2021, essa dependência era bastante evidente e, especificamente em 2022, resultou em impactos negativos significativos. No entanto, é crucial considerar a inclusão dos resultados patrimoniais oriundos da Corretora BANESE e do BANESE Card no custeio da CASSE. Essa medida oferece benefícios significativos para a sustentabilidade financeira da organização, proporcionando uma receita recorrente e estável de duas fontes robustas. Esses recursos são essenciais para garantir um fluxo de caixa previsível, fundamental para uma gestão financeira eficaz. Utilizar esses recursos para subsidiar as despesas operacionais não apenas reduz a pressão sobre o aumento das mensalidades dos participantes, mas também contribui para um ambiente de maior previsibilidade e segurança financeira. Além disso, essa estratégia pode melhorar a competitividade da operadora no mercado, oferecendo planos de saúde a preços mais acessíveis sem comprometer a qualidade dos serviços prestados. Ao diversificar suas fontes de receita, a CASSE se protege contra variações econômicas e assegura uma base financeira sólida, beneficiando a todos os envolvidos no longo prazo.

Quanto à situação patrimonial da CASSE, é importante destacar que em 2023 a PIC (Provisão para Insuficiência de Contraprestações) foi totalmente revertida. Essa reversão indica que a operadora restabeleceu o equilíbrio econômico de suas operações, ou seja, sua receita proveniente dos planos de saúde foi suficiente para cobrir todas as despesas operacionais, incluindo eventos indenizáveis e despesas administrativas.

Em 2023, a operadora destacou-se ao apresentar um Patrimônio Líquido Ajustado que supera em mais de 15 vezes a necessidade de Capital Baseado em Riscos, evidenciando uma situação extremamente favorável, além de uma suficiência de ativos garantidores vinculados acima de 160%. Além disso, seus principais

indicadores de liquidez e solvência demonstraram uma melhoria significativa, com uma Margem de Lucro Líquida superior a 15%. O ativo circulante também excedeu consideravelmente o passivo circulante, resultando em um índice de liquidez corrente superior a 8,5. Esses resultados ressaltam a robustez financeira da operadora e sua habilidade em administrar eficazmente seus recursos e obrigações.

Diante da análise detalhada da situação econômico-financeira da CASSE, é essencial considerar que a proposta de transferir integralmente a parcela de contribuição dos usuários inativos para estes pode não ser a solução mais equitativa e sustentável. Embora a operadora tenha demonstrado uma significativa melhoria em seus indicadores financeiros e de liquidez em 2023, é crucial ponderar sobre os impactos sociais e econômicos que tal mudança poderia acarretar. A manutenção das condições de cobertura assistencial e serviços de saúde para os inativos é fundamental para preservar o bem-estar e a segurança desses beneficiários, muitos dos quais contribuíram significativamente ao longo de suas carreiras.

Ao adotar uma abordagem mais inclusiva e colaborativa, a CASSE poderia explorar alternativas que distribuam de maneira mais equitativa os custos entre todos os participantes, sem sobrecarregar exclusivamente os inativos. Isso não apenas mitigaria potenciais impactos adversos sobre a base de beneficiários, mas também poderia fortalecer a imagem da operadora como um agente comprometido com a equidade e a sustentabilidade a longo prazo. Além disso, distribuir futuras necessidades de aumento de receitas entre todos os participantes, em vez de concentrá-las exclusivamente nos inativos, poderia garantir uma abordagem mais justa e solidária, alinhada com os princípios de mutualismo e pacto intergeracional que sustentam planos de saúde coletivos como o da CASSE.

A CASSE utiliza como argumento para o ajuste na mensalidade a conformidade com as resoluções normativas vigentes, em particular o Art. 31 da Lei 9.656/98 e a Resolução Normativa (RN) da ANS nº 488/22.

O Art. 31 da Lei 9.656/98 estabelece:

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de saúde conforme o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial que possuía quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o pagamento integral.”

Enquanto isso, a Resolução Normativa (RN) nº 488/22, em seu artigo 5º, dispõe:

“Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumo o seu pagamento integral.”

Os normativos mencionados asseguram aos ex-empregados aposentados o direito de permanecer como beneficiários no plano, estabelecendo um limite para o custeio. Contudo, essa regulamentação não impede que a

operadora adote um modelo de custeio diferente, especialmente se isso resultar em benefícios para os participantes. Essa flexibilidade permite à operadora ajustar suas políticas de acordo com as necessidades e capacidades financeiras dos participantes, proporcionando maior segurança e estabilidade assistencial. Além disso, uma abordagem mais inclusiva pode fortalecer a relação de confiança entre a operadora e seus beneficiários, aumentando a satisfação e a fidelidade.

Com relação à segregação da carteira do Plano Associado em três grupos independentes, é importante destacar que essa medida terá um impacto significativo no pacto intergeracional e no mutualismo do plano. Esses princípios são fundamentais para assegurar a sustentabilidade a longo prazo de um plano de saúde. O pacto intergeracional representa a solidariedade entre gerações, onde os participantes mais jovens contribuem para subsidiar os custos dos mais velhos, refletindo um compromisso coletivo com o bem-estar comum. Esse princípio é essencial para equilibrar os riscos e custos dentro do plano, distribuindo os recursos de forma justa e garantindo que todos os beneficiários tenham acesso a cuidados de saúde adequados. Além disso, o mutualismo fortalece a ideia de que todos os membros contribuem conforme suas possibilidades e recebem suporte conforme suas necessidades, promovendo um ambiente de confiança e colaboração entre os participantes. Ao preservar esses pilares, o plano não apenas se mantém financeiramente viável, mas também reforça valores de solidariedade e responsabilidade compartilhada entre seus membros.

Ao adotar a segregação do plano em três grupos autossustentáveis, a redistribuição de riscos será substancialmente reduzida. Atualmente, o superávit dos grupos Ativos e Agregados subsidia os déficits dos Inativos, refletindo a dependência intergeracional típica em planos de saúde. Com a separação, cada grupo assumirá sua própria responsabilidade pelos riscos, o que poderá resultar em variações mais amplas nas contribuições, especialmente para os Inativos, que tendem a apresentar um perfil de risco mais elevado. É crucial observar que, sem o subsídio implícito dos Ativos e Agregados, os Inativos enfrentarão diretamente seus próprios déficits operacionais. A necessidade potencial de aumentar significativamente as contribuições dos Inativos para garantir a sustentabilidade do plano pode gerar descontentamento e desafios financeiros para os participantes desse grupo. Além disso, tais aumentos podem incentivar a seleção adversa na carteira, onde os beneficiários que mais utilizam o plano permanecem, enquanto os menos frequentes podem optar por sair, exacerbando o risco da carteira e impactando negativamente a capacidade de mutualismo do plano.

Além disso, ressalta-se que a mudança proposta pela CASSE, por si só, não seria suficiente para equilibrar a carteira do plano de Inativos. Além da alteração no custeio e dos reajustes anuais para acompanhar a expectativa de crescimento futuro da carteira, seria necessário um ajuste superior a 27% na mensalidade desses beneficiários para garantir uma sinistralidade próxima de 80%.

É importante ressaltar que três carteiras autossustentáveis menores são mais vulneráveis a eventos adversos de alto custo do que uma única carteira com maior volume de beneficiários. Planos de saúde com um maior número de beneficiários têm a vantagem de diversificar os riscos entre os participantes. Ao serem segregados em planos menores, essa diversificação é reduzida, tornando cada plano mais suscetível a eventos adversos de alto custo, o que pode aumentar a volatilidade das despesas e a necessidade de ajustes frequentes nas contribuições dos participantes.

Por fim, recomendamos que, dada a situação patrimonial favorável da operadora e a pequena quantidade de beneficiários, seria prudente manter o plano na forma atual, sem segregar as carteiras de beneficiários, enquanto se segrega parte do patrimônio para constituir uma reserva de liquidez. Essa reserva seria essencial para enfrentar eventuais insuficiências de fluxo de caixa, considerando o comportamento altamente variável dos custos operacionais, que podem ser influenciados por fatores externos imprevisíveis. Além disso, é recomendável alocar outra parte do patrimônio para a criação de um fundo destinado ao agravamento de cenários adversos, o que serviria para mitigar eventuais riscos de subscrição da operadora. Essa estratégia não apenas proporcionaria maior segurança financeira, mas também garantiria uma estabilidade operacional sólida, assegurando a capacidade de resposta eficiente a imprevistos e flutuações no mercado de saúde suplementar.

Este é o nosso parecer.

Rafael Correia Máximo Feitosa
Diretor Técnico
Atuário MIBA – 2.429