



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas
(FACE)
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais (CCA)
Bacharelado em Ciências Contábeis

ELLEN SOARES CARNEIRO

Análise da Evidenciação Contábil da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados
(PEONA) nas Notas Explicativas das Operadoras de Planos de Saúde

Brasília, DF
2025

ELLEN SOARES CARNEIRO

Análise da Evidenciação Contábil da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados
(PEONA) nas Notas Explicativas das Operadoras de Planos de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia ou Artigo) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília como requisito parcial de obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Profa. Responsável:
Fernanda Fernandes Rodrigues

Linha de pesquisa:
Governança Corporativa e Transparência
Contábil

Área:
Ciências Sociais Aplicadas

Brasília, DF
2025

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S32a Soares Carneiro , Ellen.
Análise da Evidenciação Contábil da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) nas Notas Explicativas das Operadoras de Planos de Saúde. / Ellen Soares Carneiro ;
Orientador: Fernanda Fernandes Rodrigues. -- Brasília, 2025.
32 f.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação - Ciências Contábeis) -- Universidade de Brasília, 2025.
1. Saúde suplementar. 2. Provisões Técnicas. 3. PEONA. 4. Regulação da ANS. 5. Solvência Financeira. I. Fernandes Rodrigues, Fernanda, orient. II. Título.

Professora Doutora Rozana Reigota Naves
Reitora da Universidade de Brasília

Professor Doutor Marcio Muniz de Farias
Vice-Reitor da Universidade de Brasília

Professor Tiago Araújo Coelho de Souza
Decano de Ensino de Graduação

Professor Doutor José Márcio Carvalho
Diretor da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas
Públicas

Professor Doutor Wagner Rodrigues dos Santos
Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Atuarias

Professora Doutora Francisca Aparecida de Souza
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis - Diurno

Professor Doutor Edmilson Soares Campos
Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis - Noturno

ELLEN SOARES CARNEIRO

Análise da Evidenciação Contábil da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) nas Notas Explicativas das Operadoras de Planos de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia ou Artigo) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília como requisito parcial de obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Profa. Dra. Fernanda Fernandes Rodrigues
Orientadora
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais
Universidade Brasília (UnB)

Profa. Dra. Mariana Guerra
Examinador
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais
Universidade de Brasília (UnB) ou outra instituição

BRASÍLIA
2025

Dedicatória

AGRADECIMENTOS

Gratidão à minha família e a toda a minha rede de apoio, que, de forma direta ou indireta, não apenas deu sentido aos meus esforços, mas também viabilizou a conclusão deste trabalho.

RESUMO

A saúde suplementar no Brasil tem se consolidado como um setor essencial para a assistência médica da população, especialmente diante do aumento da demanda por serviços privados de saúde. Neste contexto, a necessidade de um modelo regulatório eficiente levou à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelece normas para garantir a sustentabilidade das operadoras de planos de saúde e a segurança dos beneficiários. A Teoria da Agência nos ajuda a entender os desafios da regulação, onde a ANS atua como um mecanismo de monitoramento para assegurar que as operadoras cumpram suas responsabilidades perante a sociedade e ajam em conformidade com as normas vigentes. Entre as exigências regulatórias, destaca-se a constituição das Provisões Técnicas, fundamentais para assegurar que as operadoras possuam ativos garantidores suficientes para arcar com despesas futuras. Dentre essas provisões obrigatórias encontra-se a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), que representa a estimativa dos custos de eventos já ocorridos, mas que ainda não foram notificados à operadora. A correta mensuração da PEONA é indispensável para a transparência contábil, a solvência financeira das operadoras e a confiança dos beneficiários no sistema de saúde suplementar. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar o nível de evidenciação das Provisões para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) nas demonstrações contábeis das operadoras de planos de saúde, além de avaliar os impactos dessas provisões no resultado do exercício. Para isso, serão examinados o grau de transparência na divulgação das informações contábeis, a aderência aos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a metodologia utilizada para o cálculo da PEONA e as consequências da sua variação sobre a performance financeira das operadoras. Assim, esse estudo busca contribuir com a sustentabilidade financeira e na estabilidade do setor de saúde suplementar no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Suplementar, Provisões Técnicas, PEONA, Regulação da ANS, Solvência Financeira, Teoria da Agência.

ABSTRACT

Supplementary health care in Brazil has been consolidated as an essential sector for the population's medical assistance, especially given the increasing demand for private healthcare services. In this context, the need for an efficient regulatory model led to the creation of the National Supplementary Health Agency (ANS), which establishes regulations to ensure the sustainability of health plan operators and the security of beneficiaries. Agency Theory helps us understand the challenges of regulation, where ANS acts as a monitoring mechanism to ensure that operators fulfill their responsibilities to society and comply with current regulations. Among the regulatory requirements, the establishment of Technical Provisions stands out as a fundamental measure to ensure that operators maintain sufficient guarantee assets to cover future expenses. Among these mandatory provisions is the Provision for Incurred But Not Reported (PEONA), which represents the estimated costs of events that have already occurred but have not yet been reported to the operator. The accurate measurement of PEONA is essential for accounting transparency, financial solvency of operators, and beneficiaries' trust in the supplementary health system. Thus, this study aims to analyze the level of disclosure of the Provision for Incurred But Not Reported (PEONA) in the financial statements of health plan operators, as well as to assess the impact of these provisions on financial performance. To achieve this, the degree of transparency in the disclosure of accounting information, compliance with ANS regulations, the methodology used for PEONA calculation, and the consequences of its variation on operators' financial performance will be examined. By adopting this approach, this study seeks to contribute to the financial sustainability and stability of the supplementary health sector in Brazil.

Keywords: Supplementary Health, Technical Provisions, PEONA, ANS Regulation, Financial Solvency, Agency Theory.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Contabilização da Peona	21
Tabela 2 - Impacto da PEONA no Resultado do Exercício	28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Faixas Avaliativas do IDSS

16

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo das Exigências de Metodologia de Cálculo	18
Quadro 2 - Checklist de Evidenciação das Informações Relacionadas a PEONA	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3 PROCEDER METODOLÓGICO	23
4 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÃO	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar no Brasil desempenha um papel fundamental na prestação de serviços médicos para milhões de brasileiros, oferecendo alternativas ao sistema público de saúde. Segundo dados divulgados no portal oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em agosto de 2024, foram registrados 51.407.752 usuários em assistência médica e 33.776.415 em planos exclusivamente odontológicos, um crescimento significativo em relação ao mesmo período do ano de 2023. De acordo com o relatório disponibilizado pelo portal, intitulado “Sala de Situação”, a receita de contraprestações acumulada do terceiro trimestre de 2024 foi de R\$ 233.834.093.461. (ANS, 2024). Com o aumento do número de beneficiários de planos privados aumentou também os impasses na relação entre beneficiários e operadoras, relacionados a questões como negativas de coberturas assistenciais, aumento de mensalidades e interrupção de atendimentos (SATO, 2007). Assim, o crescimento do setor suplementar de saúde e a crescente complexidade das operações das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (OPS), tornou-se essencial um modelo regulatório eficiente para garantir a transparência e a sustentabilidade financeira do setor. Veio, então, a Lei nº 9.656/1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, que representou um marco regulatório ao estabelecer diretrizes para a atuação das operadoras, promovendo maior segurança aos consumidores e definindo regras claras para a prestação de serviços.

A regulação, segundo Salomão Filho (2001), é o ato do Estado de intervir na atividade econômica por meio de concessão do serviço público. Para garantir o cumprimento dessas normas e a estabilidade do setor, foi criada, no ano 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável por regulamentar e fiscalizar as operadoras de planos de saúde. Entre as diversas exigências estabelecidas pela ANS, destaca-se a necessidade de constituição das Provisões Técnicas, que são destinadas a cobrir compromissos futuros das operadoras. Entre essas provisões, a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) assume um papel central, pois representa a estimativa dos custos com eventos sinistrados, mas ainda não comunicados à operadora.

A correta mensuração da PEONA é essencial para evitar riscos financeiros e garantir a solvência das operadoras. Se a provisão for subdimensionada, a operadora pode enfrentar dificuldades para arcar com as despesas futuras, comprometendo seu equilíbrio financeiro e gerando riscos para os beneficiários. Por outro lado, se a provisão for superdimensionada, há um impacto direto na liquidez da empresa, reduzindo sua rentabilidade (MARQUES, 2012). Dessa forma, a escolha da metodologia atuarial para o cálculo da PEONA é um fator crítico na gestão financeira das operadoras.

Dada a relevância dessa temática, especialmente após o contexto econômico da pandemia do Covid-21, vivida pela população brasileira, esse estudo tem como objetivo analisar a influência da PEONA na sustentabilidade financeira das operadoras de planos de saúde, explorando sua importância dentro da regulação contábil e a quantidade de evidenciação das informações contábeis. Além disso, investiga-se como a variação da PEONA impacta os resultados financeiros das operadoras e quais metodologias atuariais são mais adequadas para sua estimativa.

A partir da análise das provisões técnicas, busca-se contribuir para a manutenção da estabilidade do setor de saúde suplementar no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria da Agência

No contexto da saúde suplementar, os conflitos de interesses podem ser observados sob a ótica da Teoria da Agência, na medida em que esta estuda a interação contratual em que uma parte (o principal) demanda uma responsabilidade de outra parte (o agente). O conflito de interesses acontece quando agentes atuam de maneira que favoreça seus próprios interesses ao invés de agir em prol dos interesses do principal (JENSEN; MECKLING, 1976).

No mercado de saúde suplementar, os conflitos podem ocorrer entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as operadoras de planos de saúde; entre operadoras e beneficiários assim como entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. Tais conflitos podem se apresentar das seguintes maneiras:

- a. ANS (principal) x Operadoras (agente): A ANS regula as operadoras para garantir que atendam bem os beneficiários, porém, as operadoras podem tentar maximizar seus lucros restringindo atendimentos.
- b. Operadoras (principal) x Prestadores de Serviços de Saúde (agente): Um hospital conveniado pode tentar faturar procedimentos desnecessários para aumentar seus ganhos, enquanto a operadora quer manter custos controlados.
- c. Beneficiário (principal) x Operadora (agente): O beneficiário paga mensalidade esperando um atendimento adequado, mas a operadora pode tentar reduzir despesas limitando coberturas ou quantidade de procedimentos.

Devido a separação entre propriedade e controle podem acontecer desafios gerenciais dentro de instituições, pois gestores podem buscar a maximização de benefícios próprios, ao invés de focar nos interesses dos acionistas (JENSEN; MECKLING, 1976).

Este tipo de relação tende a apresentar assimetria de informações e um problema de alinhamento de interesses, pois agente e principal podem ter quantidade e qualidade de informações em níveis diferentes. No contexto empresarial, a assimetria de informações pode surgir em ocasiões em que gestores possuem acesso privilegiado a informações estratégicas e operacionais, enquanto acionistas e investidores possuem acesso apenas aos dados divulgados por estes agentes, que são utilizados para analisar a saúde financeira das organizações. Essa discrepância de conhecimento gera riscos de comportamento em agentes, que podem tomar decisões que maximizam seus próprios interesses em detrimento dos objetivos dos principais (JENSEN; MECKLING, 1976).

Um destes riscos é denominado risco moral, no qual gestores se dispõem a riscos excessivos ou adotam práticas menos transparentes, por confiar que os usuários da informação não possuem conhecimento suficiente para intervir em suas ações. Para Jensen e Meckling (1976), mecanismos que fortalecem a governança corporativa podem minimizar estes tipos de fenômenos como, por exemplo, transparência na gestão, auditorias independentes e remuneração dos gestores ao desempenho da empresa.

Além de gerar riscos, a assimetria de informações também contribui para o aumento de custos de agência, que podem ser divididos em custos de monitoramento, custos de incentivos e custos residuais. Os custos de monitoramento envolvem procedimentos com a finalidade de

reduzir a incerteza sobre as ações de gestores, como auditorias, relatórios financeiros mais complexos e demais mecanismos de fiscalização. Já os custos de incentivos, incluem incentivos financeiros baseados em desempenho, como por exemplo, o bônus sobre metas. E por fim, os custos residuais representam as perdas econômicas que incorrem mesmo após a implementação de mecanismos de controle (JENSEN; MECKLING, 1976).

2.2 Provisões Técnicas e o Equilíbrio do Mercado de Saúde Suplementar

O surgimento de Agências Reguladoras tem por intuito minimizar as falhas de mercado e proteger o interesse público, embora muitas vezes não consigam desempenhar este papel de maneira eficiente e imparcial, pois podem acabar sendo capturadas por aquelas indústrias que deveriam regular. Além disso, as falhas administrativas podem ser associadas a falta de incentivos e de transparência dessas instituições. Desta forma, uma autarquia, que deveria promover o bem-estar público, pode acabar sendo influenciada por interesses políticos e econômicos privados (PELTZMAN, 2004; POSNER, 2004).

Dentre as críticas ao desempenho das Agências Reguladoras, está a sua autonomia. As autarquias são criadas por lei com o objetivo de descentralizar a administração pública, tendo determinada independência para desempenhar atividades específicas do Estado. À vista disso, podem atuar como poder executivo, enquanto fiscalizadoras de atividades e direitos econômicos; como poder legislativo, enquanto publicam normas e procedimentos com força de lei; e como poder judiciário, ao julgar e impor sanções (WALD; MORAES, 1999).

Em razão do crescente número de brasileiros que aderem a planos de saúde, tornou-se indispensável a regulamentação desse setor. De acordo com uma matéria publicada pelo Jornal da Universidade de São Paulo (USP), em 16 de maio de 2023, com base em dados da ANS, no ano de 2022 as operadoras de planos de saúde fecharam seu resultado com prejuízo operacional superior a R\$11 bilhões, o pior patamar em 20 anos (CAPOMACCIO, 2023). O especialista Lucas Andrietta, do Instituto de Estudos Avançados da USP (IEA) e integrante do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas (GEPS/FM-USP) ressalta que algumas operadoras de saúde não obtiveram lucros por falta de planejamento e provisões para o futuro.

A financeirização da saúde também influencia o comportamento das empresas de saúde no que se refere à transparência contábil e à conformidade regulatória. Bahia et al. (2022) apontam que a estrutura patrimonial e contábil-financeira das empresas do setor é cada vez mais complexa, dificultando a fiscalização e a formulação de políticas eficazes para regular o mercado. Isso reforça a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de supervisão e controle, garantindo que a regulação acompanhe as transformações do setor e evite a priorização excessiva de interesses financeiros em detrimento da qualidade assistencial (BAHIA, 2022).

Nesse contexto, a constituição de provisões técnicas adequadas desempenha um papel essencial para a estabilidade financeira das operadoras. Quando essas provisões são superdimensionadas, reduzem os dividendos distribuídos aos acionistas e geram um custo adicional, conhecido como custo de capital, uma vez que representam uma quantia de recursos que permanece imobilizada na instituição. Por outro lado, provisões subdimensionadas representam um risco para a sociedade como um todo, pois podem comprometer a solvência da operadora, afetando não apenas seus clientes e acionistas, mas também seus funcionários,

administradores, órgãos reguladores, fornecedores e até concorrentes. A insolvência de uma empresa desse setor pode prejudicar a credibilidade de todo o mercado, gerando insegurança nos consumidores quanto à aquisição de um serviço intangível e de entrega futura, no qual a percepção de solidez da empresa prestadora é um fator decisivo na escolha do cliente (MARQUES, 2012).

2.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora do setor de planos de saúde do Brasil, foi criada em 28 de janeiro de 2000 pela Lei ° 9.961, que foi sancionada estabelecendo seu prazo de duração indeterminado e atuação como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2000, art. 1°).

A Lei nº 9.656, de 1998, estabeleceu diretrizes para o funcionamento da saúde suplementar no país, que passou a ser supervisionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Desde o início da atuação da ANS na regulação e fiscalização do setor, observa-se um aumento contínuo no número de beneficiários dos planos privados de saúde suplementar. Esse processo regulatório e fiscalizatório, somado a outras ações da ANS, fortaleceu a proteção dos consumidores, tornando os planos mais atraentes para novos usuários (MARQUES, 2012).

Entretanto, as exigências regulatórias ao longo dos anos têm representado desafios para as operadoras de saúde privada, que precisam se adequar às normas impostas pela ANS para garantir a proteção dos beneficiários.

Em termos mais abrangente, a regulação traz avanços significativos para o setor de planos de saúde, como por exemplo: as dificuldades para a entrada e saída das operadoras no mercado, o aumento das coberturas assistenciais previstas nos contratos, o acompanhamento e a regulação dos aumentos de preços, o incentivo a práticas de promoção da saúde e a melhoria da qualificação do setor, além da possibilidade de portabilidade de carências. Por sua vez, as agências reguladoras enfrentam alguns obstáculos, podendo ser citados: o controle de qualidade da assistência prestada, a renúncia fiscal, a oferta de cartões de desconto, empresas atuando como operadoras de planos de saúde sem o devido registro na ANS e o uso de práticas prejudiciais de regulação assistencial por parte das operadoras de planos de saúde (SALVATORI; VENTURA, 2012).

A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), instituída pela Resolução Regimental - RR Nº 1, de 17 de março de 2017, é o órgão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responsável pela regulação, monitoramento e supervisão das operadoras de planos de saúde, com o intuito de assegurar que as empresas atuem em conformidade com as regulamentações da ANS, garantindo os direitos dos beneficiários. Sua atuação é fundamental para garantir a confiança dos consumidores no mercado de saúde suplementar e promover a transparência e a segurança financeira das operadoras (BRASIL, 2017).

Anualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) avalia de forma compulsória as operadoras de planos de saúde por meio do Programa de Qualificação das

Operadoras (PQO), estabelecido pela Resolução Normativa nº 505/2022, e divulga o resultado do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O IDSS foi criado para avaliar e monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. A avaliação estimula a melhoria constante e a transparência das operadoras (ANS, 2024).

O índice é avaliado por indicadores subdivididos em quatro dimensões, são elas (ANS, 2024):

- a) **Qualidade em Atenção à Saúde:** análise do conjunto de medidas em saúde que atendem às necessidades dos beneficiários, com foco em iniciativas de promoção, prevenção e assistência à saúde oferecida.
- b) **Garantia de Acesso:** aspectos relacionados à rede de atendimento que garantem o acesso, incluindo a disponibilidade de prestadores de serviços.
- c) **Sustentabilidade no Mercado:** acompanhamento da sustentabilidade da operadora, considerando o equilíbrio econômico-financeiro, a satisfação dos beneficiários e os compromissos com os prestadores.
- d) **Gestão de Processos e Regulação:** avalia o cumprimento das exigências técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

As notas do IDSS variam de 0 a 1, sendo 1 a maior nota. As operadoras são classificadas conforme o desempenho, e são divididas em 5 faixas de avaliação conforme a Figura 1:

Figura 1: Faixas Avaliativas do IDSS

FAIXAS AVALIATIVAS DO IDSS	
1	0,80 a 1,00
2	0,60 a 0,79
3	0,40 a 0,59
4	0,20 a 0,39
5	0,00 a 0,19

Fonte: ANS - Informações e Avaliações de Operadoras. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>.

2.4 Provisões Técnicas

A Resolução Normativa ANS nº 574, de 28 de fevereiro de 2023, revoga as Resoluções Normativas nº 393, de 9 de dezembro de 2015, nº 442, de 20 de dezembro de 2018, e nº 476, de 23 de dezembro de 2021, e dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS). As Provisões Técnicas correspondem aos valores contabilizados no passivo e que devem refletir as obrigações esperadas decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde.

De acordo com o artigo 3º da Resolução Normativa ANS nº 574, de 28 de fevereiro de 2023 (BRASIL, 2023, 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 substanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

A Resolução Normativa nº 574/2023 estabelece também que as Provisões Técnicas devem ser calculadas de acordo com uma metodologia atuarial estabelecida por um atuário devidamente habilitado e detalhada em uma NTAP (Nota Técnica Atuarial e de Provisões). Tanto as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (OPS) quanto o atuário são responsáveis por garantir a consistência e a adequação dos cálculos das provisões, promovendo ajustes ou substituindo a metodologia atuarial sempre que necessário (BRASIL, 2023).

As OPS têm a obrigação de informar previamente à DIOPE, de forma oficial, a metodologia atuarial própria que será utilizada, além da data-base contábil a partir da qual as provisões começarão a ser contabilizadas com base nessa metodologia. Essa comunicação deve ser assinada pelo representante legal e pelo atuário responsável da OPS, sendo protocolada na ANS até o mês anterior à data-base contábil indicada para o início da contabilização das provisões. Caso não haja manifestação sobre a data-base contábil, será considerada como início a partir do mês seguinte ao protocolo da comunicação na ANS (BRASIL, 2023).

As Notas Técnica Atuarial e de Provisões (NTAP) relacionadas às provisões também devem ser anexadas à comunicação mencionada. Junto à comunicação, é necessário apresentar o Relatório Circunstanciado elaborado por auditor independente, a base de dados correspondente, a memória de cálculo da provisão e, no caso da PEONA, o teste de consistência abrangendo no mínimo doze datas-bases (BRASIL, 2023).

2.4.1 Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – PEONA

A Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) é a provisão técnica a ser constituída mensalmente por todas as OPS a fim de garantir recursos para a cobertura de custos futuros de eventos que já ocorreram, mas que não foram informados à operadora dentro da data-base contábil. Os eventos entre os beneficiários, as operadoras e os prestadores não ocorrem de forma simultânea, por esta razão, o momento da ocorrência e do aviso destes eventos são distintos. Para garantir que as OPS cumpram os compromissos assumidos com seus beneficiários e prestadores, é necessário registrar um passivo de prazo.

Essa provisão foi inicialmente regulamentada no setor de saúde suplementar por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 2001, após discussões realizadas na Câmara Técnica de Garantias Financeiras. Posteriormente, após nova reunião da Câmara Técnica, foi abordada na Resolução Normativa (RN) nº 160, de 2007, e na RN nº 209, de 2009. Com a edição da RN nº 393, de 2015, que foi alterada pela RN nº 442, de 2018, e pela RN nº 476, de 2021, as exigências foram modificadas e consolidadas na RN nº 574, de 2023.

Como supracitado, as metodologias de cálculo devem ser determinadas por atuário legalmente habilitado, e comunicadas à ANS por meio de NTAP até o mês que antecede a data-base contábil que dá início a contabilização da provisão estimada (BRASIL, 2023). Além disso, a ANS poderá estabelecer a forma de apuração da provisão quando (ANS, 2022):

- a) frequentes discrepâncias entre os valores calculados da provisão e os eventos ou sinistros verificados ao longo do tempo;
- b) o uso de dados imprecisos para o cálculo da provisão;
- c) a não contabilização da provisão com base no valor estimado atuarialmente;
- d) o descumprimento de outras normas estabelecidas na regulamentação específica vigente.

Dentre as disposições da Resolução Normativa ANS nº 574, de 28 de fevereiro de 2023, estão as metodologias que devem ser utilizadas para a estimativa de PEONA, a depender do porte da Operadora. Para a definição destas metodologias, são consideradas as operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários para dimensionar a expectativa de uso dos serviços de assistência médica e/ou odontológica (BRASIL, 2023).

O Quadro 1 apresenta o cenário resumido das exigências com a RN nº 574, de 2023:

Quadro 1 – Resumo das Exigências de Metodologia de Cálculo

CLASSIFICAÇÃO DA OPS	METODOLOGIA DE CÁLCULO
-----------------------------	-------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • OPERADORAS DE GRANDE PORTE 	<p>As OPS de grande porte deverão adotar metodologia atuarial de cálculo de PEONA. A OPS deverá passar a utilizar metodologia atuarial de cálculo da PEONA em até seis meses após o mês em que sua carteira tenha excedido cem mil beneficiários, comunicando à ANS.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • OPERADORAS DE MÉDIO E PEQUENO PORTE 	<p>As OPS de médio e pequeno porte poderão adotar, para o cálculo da PEONA, a aplicação dos percentuais abaixo, observando o maior entre os seguintes valores:</p> <p>I – oito vírgula cinco por cento do total de contraprestações/prêmios nos últimos doze meses, na modalidade de preço preestabelecido; e</p> <p>II – dez por cento do total de sinistros/eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos doze meses.</p> <p>As OPS de médio e pequeno porte que adotam metodologia atuarial para cálculo da PEONA não podem retornar ao uso dos percentuais descritos, salvo por determinação da ANS.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • PEONA SUS 	<p>A PEONA SUS deverá ser constituída com base em metodologia atuarial consistente, utilizando base de dados da própria operadora. Caso a OPS não possua metodologia atuarial que atenda aos requisitos da presente Resolução Normativa, deverá observar, para cálculo da PEONA SUS.</p>

Fonte: Resolução Normativa ANS Nº 574, de 28 de fevereiro de 2023

A escolha do método atuarial mais adequado envolve diversos fatores e a possibilidade de utilizar uma metodologia própria permite que os atuários explorem alternativas para o cálculo da constituição da PEONA, adaptando-se à realidade específica da operadora em questão. Isso ocorre porque o modelo sugerido pela ANS possui um caráter abrangente e pode não considerar as particularidades de cada operadora. Além disso, as exigências estabelecidas pela Resolução Normativa nº 574/2023 podem gerar impactos econômico-financeiros nas operadoras, variando conforme sua estrutura e organização. Esses impactos reforçam a necessidade de uma análise criteriosa da qualidade da gestão das empresas do setor, abrangendo desde o gerenciamento dos custos assistenciais até o controle das despesas administrativas e comerciais, bem como a avaliação do nível de capitalização da operadora (MARQUES, 2012).

Dentre as metodologias mais utilizadas para o cálculo da PEONA, destacam-se métodos determinísticos como o Chain Ladder, que não utiliza recursos estatísticos para calcular valores desconhecidos das provisões. São feitas estimativas pontuais, sem avaliar a variação, intervalo de confiança ou teste de hipótese dos resultados. É de fácil aplicação, porém, pode apresentar informações insuficientes uma vez que a falta de ferramentas estatísticas não permite que seja determinado o nível de confiança desejável para o cálculo da provisão. São utilizados também, modelos estatísticos mais sofisticados, como o Run-Off, que utilizam ferramentas como distribuição de probabilidade, variância, desvio padrão, intervalo de confiança e erro de estimação. Métodos como este apresentam maior complexidade, entretanto, são mais prováveis de controlar medidas de erro, além de testes de diagnóstico que avaliam a qualidade de ajuste dos dados e informações (MARQUES, 2012).

Independentemente da metodologia adotada, é essencial que a PEONA seja revisada periodicamente para garantir sua adequação à realidade da operadora e do mercado. Mudanças regulatórias, variações nos custos assistenciais e alterações no perfil dos beneficiários podem impactar as premissas utilizadas no cálculo, exigindo ajustes para manter a confiabilidade da provisão. Dessa forma, a atuação contínua do atuário na avaliação dos métodos e na revisão das estimativas é indispensável para assegurar a sustentabilidade financeira da operadora e a conformidade com as normas regulatórias.

Em 29 de abril de 2022, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a Resolução Normativa nº 528, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde e as administradoras de benefícios. O Plano de Contas Padrão da ANS abrange um conjunto de normas, estrutura de codificação, formatos para divulgação das demonstrações financeiras e um manual de procedimentos contábeis (BRASIL, 2022).

É previsto na Resolução Normativa nº 528/2022, em seu primeiro capítulo, critérios e procedimentos padrões que uniformizam o registro das operações, a elaboração e a apresentação das Demonstrações Financeiras voltado ao mercado de saúde suplementar (BRASIL, 2022). Quanto aos critérios de avaliação, de apropriação contábil e de auditoria, determina-se que (RN nº 528, 2022, Capítulo I):

8.1 - Os critérios de avaliação e de apropriação das operações do mercado de saúde suplementar devem estar em consonância com as Práticas Contábeis Adotadas no Brasil, abrangendo inclusive o processo de convergência às normas internacionais de contabilidade, no que não contrariem essa norma.

8.2 - Especificamente para o mercado de saúde suplementar devem ser observados os seguintes critérios adicionais:

8.2.1 - Deve ser dada divulgação adequada ao fato de que os Ativos Garantidores das Provisões Técnicas encontram-se vinculados em favor da ANS nos termos da regulamentação específica.

8.2.4 - As provisões técnicas devem ser calculadas e contabilizadas mensalmente, em obediência ao Princípio de Competência, lastreadas por ativos garantidores nos moldes da regulamentação vigente.

No que diz respeito a contabilização, conforme determinado pelo Plano de Contas Padrão (PCP) da ANS, a PEONA deve ser registrada no passivo não circulante, dentro do grupo de Provisões Técnicas – Eventos/Sinistros a Liquidar. A contabilização deve ser realizada na seguinte conta contábil específica, conforme se observa na Tabela 1:

Tabela 1 – Contabilização da Peona

Passivo Circulante

Provisões técnicas de operações de assistência médico-hospitalar

Cobertura Assistencial com Preço Preestabelecido

211111041 - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados

Provisões técnicas de operações de assistência odontológica

Cobertura Assistencial com Preço Preestabelecido

21121041- Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados

Passivo não circulante

Provisões técnicas de operações de assistência médico-hospitalar

Cobertura Assistencial com Preço Preestabelecido

231111041 - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados

Provisões técnicas de operações de assistência odontológica

Cobertura Assistencial com Preço Preestabelecido

23121041 - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/regulacao-prudencial-acompanhamento-assistencial-e-economico-financeiro/regulacao-prudencial-1/provisoes-tecnicas-1/peona>.

A Resolução Normativa nº 528/2022 da ANS prevê a obrigatoriedade de notas explicativas nas demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde, mas não menciona especificamente a necessidade de notas explicativas para provisões técnicas.

A mensuração da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados envolve diversos riscos financeiros e atuariais, que podem impactar significativamente a estabilidade econômica da operadora e a transparência das demonstrações contábeis. Dentre os principais riscos, é preciso observar a subestimação do resultado, que pode conduzir à incapacidade financeira da empresa (MANO; FERREIRA, 2009).

A PEONA é um passivo que reduz o resultado líquido das operadoras, impactando diretamente suas demonstrações contábeis. No entanto, a metodologia atuarial utilizada para calcular essa provisão pode, em algumas situações, levar à superavaliação do passivo, reduzindo artificialmente o lucro líquido ou até mesmo transformando um resultado positivo em prejuízo.

Esse risco ocorre, principalmente, quando são aplicadas premissas excessivamente conservadoras no cálculo da provisão, como uma projeção inflacionada dos eventos ocorridos, um tempo médio de aviso maior do que o real ou o uso de um modelo estatístico que superestima os valores futuros. Ao utilizarem informações com pouca credibilidade estatística,

atuários enfrentam dificuldades na escolha de premissas para um cálculo adequado, e acabam dimensionando as provisões técnicas de forma conservadora (YUASSA, 2018).

Além disso, um resultado subestimado pode gerar impactos regulatórios, uma vez que operadoras que aparentam baixa rentabilidade podem ser submetidas a fiscalizações mais rigorosas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de eventuais restrições na concessão de novos produtos ou reajustes tarifários.

Se, por um lado, a superestimação da PEONA pode levar à subestimação do resultado, a subprovisão dessa conta representa um risco ainda maior. A subprovisão ocorre quando a operadora não provisiona um montante suficiente para cobrir os eventos ocorridos e não avisados, resultando em uma distorção positiva do resultado.

Nesse cenário, a operadora pode parecer mais rentável do que realmente é, apresentando um lucro maior no curto prazo. No entanto, quando os eventos forem efetivamente reportados, a empresa poderá enfrentar dificuldades financeiras para arcar com os custos, comprometendo sua solvência e liquidez. A insuficiência de provisões também pode levar a intervenções da ANS, que exige que as operadoras mantenham provisões técnicas adequadas para garantir o pagamento das despesas médicas de seus beneficiários (MANO; FERREIRA, 2009).

A metodologia utilizada para o cálculo da PEONA baseia-se em modelos estatísticos e atuariais, como os triângulos de Run-off, que estimam o comportamento dos sinistros ao longo do tempo. “Metodologias estatísticas tem como base dados históricos da companhia e/ou do mercado” (YUASSA, 2018, p. 20), no entanto, se as premissas utilizadas nesses modelos não refletirem a realidade da operadora, pode haver um desvio significativo nos valores provisionados.

Se essas variáveis não forem corretamente consideradas, a PEONA pode ser calculada com grande margem de erro, levando tanto à subestimação quanto à superestimação do resultado.

Para reduzir os riscos associados à PEONA, as operadoras devem adotar práticas de governança contábil e atuarial, garantindo que suas provisões sejam calculadas com precisão e transparência. Algumas estratégias incluem:

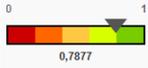
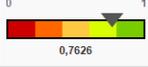
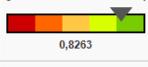
- a) Revisão periódica da metodologia atuarial, ajustando as premissas com base em dados atualizados e tendências do setor.
- b) Utilização de múltiplos modelos estatísticos, combinando abordagens para minimizar desvios e obter estimativas mais confiáveis.
- c) Auditorias independentes, que garantam a conformidade com as normas contábeis e regulatórias, como as diretrizes do Plano de Contas Padrão da ANS e o CPC 25.
- d) Notas explicativas detalhadas, que evidenciem a composição da provisão e os critérios utilizados para sua mensuração, promovendo transparência nas demonstrações financeiras.

3 PROCEDER METODOLÓGICO

3.1 Definição da Amostra e Proceder Metodológico

De acordo com os dados abertos divulgados e atualizados pela ANS em fevereiro de 2025, existem mil cento e oito operadoras com registro ativo. Foram escolhidas, de forma aleatória, cinco das principais operadoras de grande porte para comparação de notas de IDSS do ano-base 2023. Todas se encontram dentro das faixas 1 e 2, ou seja, obtiveram notas entre 0,60 e 1. Em ordem decrescente de avaliação, as empresas se classificam da seguinte maneira:

1. Unimed Nacional - Cooperativa Central (0,9408)
2. Hapvida Assistência Médica S.A. (0,8263)
3. Amil Assistência Médica Internacional S.A. (0,7877)
4. Bradesco Saúde S.A. (0,7626)
5. Sul América Companhia de Seguro Saúde (0,7593)

Reg. ANS	IDSS	Razão Social	Modalidade	Porte	UF
32630-5	 0,7877	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	Medicina de Grupo	GRANDE	SP
00571-1	 0,7626	BRADESCO SAÚDE S.A.	Seguradora Especializada em Saúde	GRANDE	RJ
36825-3	 0,8263	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	Medicina de Grupo	GRANDE	CE
00624-6	 0,7593	SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	Seguradora Especializada em Saúde	GRANDE	RJ
33967-9	 0,9408	UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	Cooperativa Médica	GRANDE	SP

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - https://www.ans.gov.br/qualificacao_consumidor/consulta_dados/pesquisa_operadora.asp.

As Demonstrações Financeiras do ano de 2023 das cinco operadoras selecionadas para comparação foram analisadas, com o objetivo de verificar o grau de evidenciação das informações contábeis e financeiras. Esse processo foi realizado considerando a importância da transparência na gestão das operadoras de planos de saúde, um fator que também é levado em conta na avaliação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Dessa forma, buscou-se compreender como essas empresas divulgam suas informações financeiras e até que ponto essa divulgação influencia sua classificação no referido índice.

Com ênfase às contas do passivo, especialmente à linha referente à Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA), a avaliação focou na variação da PEONA ao longo dos períodos analisados e na forma como as empresas evidenciam esses valores em notas explicativas ou em outras seções das demonstrações contábeis.

A análise detalhada das contas do passivo, especialmente no que se refere à PEONA, permite avaliar a consistência e a adequação das práticas contábeis das operadoras, verificando se há conformidade com as normas regulatórias da ANS, além das diretrizes contábeis

aplicáveis, como o Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC) 25, que trata das provisões, passivos e ativos contingentes.

4 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÃO

Com base nos requisitos de evidenciação apresentados Resolução Normativa nº 528/2022 e no Plano de Contas Padrão (PCP) da ANS foi elaborado um checklist para avaliar o nível de evidenciação das exigências relacionadas à Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) nas demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde selecionadas. Para isso, foi adotado um modelo binário de análise, onde “1” representa a evidenciação de informações sobre a PEONA, e “0” representa a ausência de menção aos critérios avaliados indicando que a operadora não evidenciou os aspectos em suas demonstrações e notas explicativas. Essa abordagem permitiu uma avaliação objetiva do grau de transparência contábil das operadoras, possibilitando a identificação de padrões na divulgação e a análise da relação entre o nível de evidenciação das informações e a classificação das empresas do setor quanto ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Quadro 2 – Checklist de Evidenciação das Informações Relacionadas a PEONA

Critério Analisado	Normativa	Unimed Nacional - Cooperativa Central	Hapvida Assistência Médica S.A.	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Bradesco Saúde S.A.	Sul América Companhia de Seguro Saúde	Total
Os critérios de avaliação e de apropriação das operações estão em consonância com as Práticas Contábeis Adotadas no Brasil e as normas internacionais de contabilidade	RN nº 528/2022, Capítulo I	1	1	1	1	1	5
Os Ativos Garantidores das Provisões Técnicas encontram-se vinculados em favor da ANS nos termos da regulamentação específica	RN nº 521/2022, Capítulo I	1	1	1	1	1	5
Os Ativos Garantidores das Provisões Técnicas são mencionados em notas explicativas	RN nº 574/2023, Capítulo II	1	1	1	1	0	4

A PEONA está registrada no passivo, dentro do grupo de Provisões Técnicas – Eventos/Sinistros a Liquidar	Plano de Contas Padrão (PCP)	1	1	1	1	1	5
São apresentadas notas explicativas nas demonstrações financeiras das operadoras de planos de saúde	RN nº 528/2022, Capítulo I	1	1	1	1	1	5
A metodologia atuarial utilizada para calcular essa provisão foi divulgada	RN nº 574/2023, Capítulo III	1	1	1	1	1	5
Há revisão periódica da metodologia atuarial, ajustando as premissas com base em dados atualizados e tendências do setor	RN nº 574/2023, Capítulo II	1	1	0	1	1	4
A auditoria independente informa em seu Relatório, que a PEONA está em conformidade com as práticas contábeis e regulatórias (Declaração de conformidade)	RN nº 574/2023, Capítulo III	1	1	1	1	1	5
Total		8	8	7	8	7	38

A análise das demonstrações financeiras das operadoras avaliadas revelou que todas registram suas Provisões para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) em conformidade com a Resolução Normativa vigente, Plano de Contas Padrão da ANS e

com as práticas contábeis adotadas no Brasil. A aderência a essas normas assegura a correta contabilização dessas provisões, reforçando a solidez financeira e o cumprimento das exigências regulatórias do setor de saúde suplementar.

Consta nos relatórios financeiros de todas as operadoras a constituição de ativos garantidores das provisões técnicas, de acordo com Resolução Normativa nº 521/2022. Estes ativos foram constituídos por meio de aplicações financeiras, e ainda que não seja uma exigência normativa, apenas uma das OPS (a Sul América Companhia de Seguro Saúde) não faz menção aos ativos garantidores das provisões técnicas em suas notas explicativas.

Embora a inclusão de notas explicativas específicas sobre as provisões técnicas também não seja uma obrigatoriedade prevista na norma, todas as operadoras analisadas apresentam notas explicativas detalhando a composição e a movimentação dos saldos da PEONA. Isso demonstra um compromisso com a transparência contábil e contribui para uma maior clareza na divulgação de informações financeiras.

Adicionalmente, verificou-se que todas as operadoras analisadas utilizam a metodologia de triângulos de Run-off mensais para a estimativa da PEONA, porém, a Amil não explicita que há revisão periódica da metodologia. Essa abordagem atuarial permite projetar o comportamento dos eventos ocorridos e não avisados com base na evolução histórica dos pagamentos, garantindo uma mensuração mais precisa da provisão e uma gestão financeira mais eficiente.

Vale destacar que alguns dos critérios avaliados não são exigências normativas. Dessa forma, a investigação dessas informações possibilitou compreender melhor o nível de disclosure voluntário de cada empresa e a gestão prudencial de riscos no setor de saúde suplementar.

4.1 Impacto da PEONA nos Resultados do Exercício

A Variação da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) é uma conta de resultado de natureza devedora, e impacta diretamente o resultado financeiro das operadoras de planos de saúde, uma vez que esse ajuste reduz o lucro líquido da empresa ao aumentar as obrigações registradas no passivo, refletindo a necessidade de garantir provisões suficientes para cobrir essas despesas. Sem a provisão, o resultado líquido da operadora apresentaria um valor superior, dando a impressão de maior rentabilidade. No entanto, essa abordagem não refletiria adequadamente a real situação financeira da empresa, podendo gerar riscos de insuficiência de provisões e comprometer sua solvência no longo prazo. Caso desconsiderássemos essa variação, o resultado seria representado pelos seguintes cálculos:

a) **Impacto Absoluto**

$$\textit{Resultado Ajustado} = |\textit{Resultado Líquido}| - |\textit{Variação da PEONA}|$$

b) **Impacto Percentual**

$$\textit{Impacto Percentual} = \left(\frac{\textit{Variação da Peona}}{\textit{Resultado Líquido}} \right) * 100$$

Tabela 2 – Impacto da PEONA no Resultado do Exercício

(Em milhares de Reais)	Unimed Nacional - Cooperativa Central	Hapvida Assistência Médica S.A.	Amil Assistência Médica Internacional S.A.	Bradesco Saúde S.A.	Sul América Companhia de Seguro Saúde
Variação da PEONA	-93.206	-79.136	-400.794	-1.366.893	-1.778.815
Resultado líquido do exercício	-590.364	173.328	-4.033.529	1.030.695	786.532
Impacto Absoluto	-497.158	94.192	-3.632.735	-336.198	-992.283
Impacto Percentual	15,79%	-45,66%	9,94%	-132,62%	-226,16%

Em duas das cinco empresas analisadas, a variação da provisão de eventos ocorridos e não avisados representa mais de cem por cento do resultado líquido do exercício findo em 2023, fazendo com que o lucro da operadora fosse substancialmente menor. Outras duas operadoras apresentaram variações com impactos menores do que vinte por cento do resultado líquido do exercício, o que representa que, embora tenha um impacto significativo, outras despesas foram mais determinantes para os resultados negativos das OPS. Em uma delas, o impacto percentual foi de aproximadamente quarenta e seis por cento em relação ao resultado líquido do exercício, o que representa um impacto relevante, embora a operadora não tenha apresentado prejuízo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA) desempenha um papel estratégico na gestão financeira das operadoras de planos de saúde e na segurança dos beneficiários. A regulamentação da ANS, especialmente por meio da Resolução Normativa nº 574/2023, estabelece critérios rigorosos para a constituição dessa provisão, garantindo que as operadoras possuam ativos suficientes para cobrir sinistros ainda não avisados. A existência dessa provisão não apenas reforça a solvência das operadoras, mas também contribui para a estabilidade do mercado de saúde suplementar, assegurando que os beneficiários recebam os serviços contratados.

Os dados analisados ao longo deste estudo indicam que todas as operadoras avaliadas seguem as diretrizes contábeis estabelecidas pela ANS e utilizam metodologias atuariais reconhecidas, como os triângulos de *Run-off*, para estimar a PEONA. No entanto, observou-se que a variação da PEONA nas demonstrações contábeis das operadoras pode impactar significativamente seus resultados, tornando essencial um acompanhamento contínuo da metodologia utilizada e dos critérios adotados na mensuração da provisão.

Operadoras que apresentam maior nível de evidenciação de suas provisões e utilizam metodologias atuariais bem estruturadas tendem a obter melhores avaliações nos indicadores econômico-financeiros do IDSS, refletindo maior solidez e capacidade de gestão de riscos. Por outro lado, empresas com baixa transparência na divulgação de suas provisões podem ter sua nota impactada negativamente, sinalizando fragilidades na governança e na previsibilidade dos custos assistenciais. Dessa forma, a quantidade de evidenciação contábil das empresas analisadas justifica as notas que estas obtiveram na avaliação de Nota de Desempenho das Operadoras no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Um dos desafios identificados é a necessidade de equilíbrio entre subprovisão e superestimação da provisão. A subprovisão pode resultar em insuficiência de recursos para cobrir despesas futuras, levando a dificuldades financeiras e até mesmo à intervenção da ANS. Já a superestimação da provisão pode reduzir a liquidez e a rentabilidade da operadora, comprometendo sua capacidade de reinvestimento e crescimento no mercado (MANO; FERREIRA, 2009).

Dessa forma, conclui-se que a PEONA não é apenas uma exigência contábil e regulatória, mas um mecanismo de fortalecimento da governança corporativa. A adoção de boas práticas atuariais, auditorias independentes e revisões periódicas da metodologia utilizada são fundamentais para garantir que a provisão seja adequada à realidade da operadora e às exigências regulatórias, reduzindo riscos de conflitos de interesses e assimetria de informações.

Por fim, este estudo reforça a necessidade de um aperfeiçoamento contínuo nos critérios de mensuração da PEONA, garantindo maior transparência no setor e promovendo a confiança dos beneficiários e investidores na saúde suplementar. A correta gestão dessa provisão contribui não apenas para a solidez das operadoras, mas também para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar no Brasil, assegurando que os beneficiários continuem a ter acesso a serviços de qualidade dentro de um mercado equilibrado e financeiramente estável.

REFERÊNCIAS¹

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Consulta de dados e pesquisa de operadoras. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/qualificacao_consumidor/consulta_dados/pesquisa_operadora.asp. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Qualificação das operadoras de planos de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA). 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: 13 de janeiro de 2025.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. Revista o&s - Salvador, v.19 - n.62 - Julho/Setembro - 2012. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S1984-92302012000300006>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução normativa sobre regulação prudencial. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM2Mg==>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

MARQUES, M. F. A importância da solvência na saúde suplementar: um estudo sobre a regulação da ANS. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Economia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em:

<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/30487>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

UNIMED. Balanço patrimonial. Disponível em:

<https://www.unimed.coop.br/web/cnu/balancopatrimonial>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

HAPVIDA. Demonstrações financeiras. Disponível em:

<https://www.hapvida.com.br/site/demonstracoes-financeiras>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

¹ As referências foram feitas em ABNT

BRDESCO SEGUROS. Demonstrações financeiras institucionais. Disponível em: <https://www.brdescoseguros.com.br/clientes/institucional/demonstrativos-financeiros>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

AMIL. Relatórios financeiros e demonstrações contábeis. Disponível em: <https://institucional.amil.com.br/demonstrativos-financeiros>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

SULAMÉRICA. Demonstrações financeiras institucionais. Disponível em: <https://portal.sulamericaseguros.com.br/institucional/demonstracoes-financeiras/>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 528, de 6 de maio de 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0528_06_05_2022.html. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 574, de 28 de fevereiro de 2023. Diário Oficial da União, Brasília, 28 fev. 2023. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM2Mg==>. Acesso em: 13 de janeiro de 2025.

PELTZMAN, S. A teoria econômica da regulação depois de uma década de desregulação. In: MATTOS, P. (Coord.). Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano. São Paulo: Editora 34, 2004.

POSNER, R. A. Teorias da regulação econômica. In: MATTOS, P. (Coord.). Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano. São Paulo: Editora 34, 2004.

WALD, A.; MORAES, L. R. Agências reguladoras. Revista de Informação Legislativa, Brasília, v. 36, n. 141, 1999.

MANO, Cristina Cantanhede Amarante; FERREIRA, Paulo Pereira. Aspectos Atuariais e Contábeis das Provisões Técnicas. 1 ed. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Seguros, 2009.

CAPOMACCIO, Sandra. Má gestão financeira coloca operadoras de planos de saúde sob saia justa. Jornal da USP, São Paulo, 25 out. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/ma-gestao-financeira-coloca-operadoras-de-planos-de-saude-sob-saia-justa/>. Acesso em: 26 jan. 2025.

BAHIA, L. et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, supl. 2, e00004420, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004420>. Acesso em: 02 fev. 2025.

SALOMÃO FILHO, C. Regulação da atividade econômica. São Paulo: Malheiros Editores, 2001.

OLIVEIRA, J. R. P. A regulação e o direito da energia elétrica. In: SUNDFELD, C. A. (Coord.). Direito administrativo e econômico. São Paulo: Malheiros, 2002.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. RAP, Rio de Janeiro, 2007.

YUASSA, V. S. Análise técnica das provisões técnicas e teste de consistência: uma abordagem estatística. 2018. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Atuariais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/22041/2/Vitor%20Santi%20Yuassa.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Sala de situação: perfil do setor. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em: 04 fev. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). ANS divulga dados de beneficiários referentes a agosto de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-referentes-a-agosto-de-2024>. Acesso em: 04 fev. 2025.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. Journal of Financial Economics, v. 3, n. 4, 1976.

GOVERNO FEDERAL. Operadoras de planos de saúde ativas. Dados abertos. Disponível em: <https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados/operadoras-de-planos-de-saude-ativas>. Acesso em: 21 fev. 2025.