

Dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de plano de assistência à saúde, revoga a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Instrução Normativa - IN nº 50, de 23 de novembro de 2012, da DIOPE e altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, a RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, e RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso XLII do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o § 2º do artigo 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001; e a alínea “a” do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental nº 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em _____ de _____ de 2019, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN dispõe sobre os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de plano de assistência à saúde, revoga a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Instrução Normativa - IN nº 50, de 23 de novembro de 2012, da DIOPE e altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, a RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, e RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016.

Parágrafo único. O disposto na presente Resolução não se aplica às autogestões classificadas nas modalidades de autogestão por departamento de recursos humanos ou de autogestão com mantenedor.

Art. 2º Para efeitos desta RN, considera-se:

I – Capital Base (CB): regra de capital que define um montante fixo a ser observado a qualquer tempo, em função da modalidade, segmentação e região de comercialização, tal como disposto no Anexo I;

II – Margem de solvência (MS): regra de capital que define um montante variável a ser observado em função do volume de contraprestações e eventos indenizáveis aferidos pelas operadoras;

III – Capital baseado em riscos (CBR): regra de capital que define montante variável a ser observado pelas operadoras em função de fatores pré-determinados por modelo padrão estabelecido pela ANS ou por modelo próprio desenvolvido pelas operadoras e aprovado pela ANS, que considere os diferentes riscos envolvidos nas atividades relacionadas à operação de planos de saúde, em especial o risco de subscrição, o risco de crédito, o risco de mercado, o risco legal e o risco operacional;

IV – Capital regulatório (CR): limite mínimo de Patrimônio Líquido Ajustado que as operadoras devem observar, a qualquer tempo, em função das regras de capital regulamentadas nesta Resolução;

V – Risco de Subscrição: risco oriundo de uma situação econômica adversa que contraria as expectativas da operadora no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas; envolve, também, a probabilidade dos eventos a serem pagos pela operadora, em um período futuro, serem maiores que o montante de contraprestações a ser recebido;

VI – Risco de Crédito: medida de incerteza relacionada à probabilidade da contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos financeiros;

VII – Risco de Mercado: medida de incerteza relacionada aos retornos esperados de seus ativos e passivos em decorrência de variações em fatores como taxas de juros, taxas de câmbio, índices de inflação, preços de imóveis e cotações de ações;

VIII – Risco Legal: medida de incerteza relacionada aos retornos de uma operadora por falta de um completo embasamento legal de suas operações; é o risco de não-cumprimento de leis, regras, regulamentações, acordos, práticas vigentes ou padrões éticos aplicáveis, considerando, inclusive, o risco de que a natureza do produto/serviço prestado possa tornar a instituição particularmente vulnerável a litígios;

IX – Risco Operacional: compreende os demais riscos enfrentados pela operadora, relacionados aos procedimentos internos, tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas; e

X – Patrimônio Líquido Ajustado (PLA): Patrimônio Líquido ou Social, apurados nas demonstrações financeiras das operadoras, ajustado por efeitos econômicos regulamentados nesta Resolução.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Do capital base

Art. 3º O CB deve ser calculado a partir da multiplicação do fator ‘K’ pelo capital de referência, ambos obtidos no Anexo I.

§ 1º O capital de referência será atualizado anualmente, tendo como referência a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

§ 2º O período referência para a aplicação da atualização será a variação acumulada nos últimos 12 (doze) meses, tomando-se por base o mês de junho de cada ano.

§ 3º Os percentuais das atualizações e os correspondentes valores atualizados do capital de referência serão divulgados no mês de julho de cada ano, no sítio institucional da ANS – www.ans.gov.br.

Art. 4º As operadoras que apresentarem pedido de autorização de funcionamento para atuar no setor de saúde suplementar deverão proceder à capitalização necessária inicial, em valor equivalente ou superior a 50% (cinquenta por cento) do CB calculado em aplicações financeiras de renda fixa.

Seção II

Da margem de solvência

Art. 5º A margem de solvência deve ser apurada mensalmente e corresponde ao maior montante entre os seguintes valores:

a) 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos doze meses: de 100% (cem por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço pós-estabelecido; ou

b) 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos 36 (trinta e seis) meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido.

§1º O disposto no caput se aplica às operadoras após um ano da concessão do seu registro junto à ANS, exceto quando a operadora já possuir registro provisório.

§2º Caso a operadora não tenha obtido registro provisório e possua registro concedido há menos de 36 (trinta e seis) meses, a média anual de eventos/sinistros a que se refere a alínea “b” deverá ser calculada com base no seu período total de atividade desde o mês de concessão do seu registro junto à ANS.

§3º Para fins de cálculo ou apuração das fórmulas constantes das alíneas “a” e “b”, as contraprestações/prêmios e os eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido devem ser deduzidos, respectivamente, dos valores efetivamente pagos e recebidos de seguros ou resseguros, que tenham como objeto o reembolso total ou parcial de despesas assistenciais apuradas pela operadora, no período considerado.

Art. 6º O percentual ponderador de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações/prêmios e dos eventos/sinistros em modalidade de preço pós-estabelecido, previstos respectivamente, nas alíneas “a” e “b” do art. 6º, poderá ser substituído pelo percentual de inadimplência médio verificado pela operadora nos 12 (doze) meses anteriores à data de sua apuração, limitados a, no mínimo, 10% (dez por cento), desde que autorizado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.

§1º Para fins da autorização de que trata o **caput**, as operadoras deverão encaminhar requerimento próprio acompanhado de estudo técnico e manifestação de auditor independente registrado assegurando a fidedignidade das informações utilizadas no estudo.

§2º Deve ser considerado, para fins do percentual médio de que trata o **caput**, o estudo de todos os créditos a receber vencidos das operadoras em preço pós-estabelecido até 90 (noventa) dias.

Seção III

Do capital baseado em riscos

Art. 7º. O capital baseado em riscos deve ser apurado mensalmente utilizando-se o modelo padrão com os dados da própria operadora e os fatores, regras de cálculo e estrutura de dependência constantes do Anexo III.

Art. 8º. O modelo padrão estabelecido no art. 7º poderá ser substituído por modelo próprio baseado nos riscos da operadora, desde que previamente aprovado pela DIOPE, observando-se:

I - no mínimo, o risco de subscrição da operadora;

II- o cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, e alterações posteriores; e

III - nível de significância definido pelo modelo equivalente ou superior a 97,5% (noventa e sete inteiros e cinquenta centésimos por cento).

Parágrafo único. A operadora que tiver aprovada a utilização de modelo próprio baseado nos seus riscos nos termos deste artigo não poderá voltar a utilizar o modelo padrão de capital baseado em riscos para definição do capital regulatório, salvo se em decorrência de determinação da DIOPE.

Art. 9º. O capital baseado em riscos a ser apurado pelas operadoras que demonstrarem o cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos estabelecidos na RN nº 443, de 28 de janeiro de 2019, e alterações posteriores, deve observar os fatores reduzidos constantes do Anexo III desta Resolução.

Seção IV Do patrimônio líquido ajustado

Art. 10. O PLA de uma operadora deve ser apurado mensalmente a partir dos valores contabilizados como Patrimônio Líquido ou Social, ajustado pelos seguintes efeitos econômicos:

I – dedução das participações diretas ou indiretas em outras operadoras de planos de assistência à saúde e em entidades financeiras, de seguros, resseguros e de previdência privada aberta ou fechada sujeitas à supervisão de outros órgãos federais de supervisão econômica setorial;

II – dedução dos créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de imposto de renda e bases negativas de contribuição social;

III – dedução das despesas diferidas;

IV – dedução das despesas antecipadas; e

V – dedução do ativo não circulante intangível.

CAPÍTULO III DO CÁLCULO DO CAPITAL REGULATÓRIO REQUERIDO

Seção I Da suficiência do Patrimônio Líquido Ajustado em relação ao capital regulatório

Art. 11. As operadoras deverão manter, a qualquer tempo, PLA equivalente ou superior ao capital regulatório apurado.

Parágrafo único. Eventual insuficiência do PLA poderá ensejar a aplicação de medidas administrativas previstas na regulamentação vigente, conforme a gravidade.

Seção II

Da apuração do capital regulatório até dezembro de 2022

Art. 12. O capital regulatório a ser observado pelas operadoras, até dezembro de 2022, será o maior entre os seguintes valores:

- I – o capital base, apurado conforme Seção I desta Resolução; ou
- II – a margem de solvência, apurada conforme Seção II desta Resolução.

§1º As autogestões que, até 3 de julho de 2007, eram dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias por estarem classificadas na modalidade de autogestão patrocinadas junto à ANS, conforme normas vigentes à época, poderão, excepcionalmente até dezembro de 2023, apurar a margem de solvência prevista no inciso II deste artigo conforme escalonamento mínimo previsto no Anexo II.

§2º As autogestões não enquadradas no §1º; as operadoras dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 3 de julho de 2007; e as operadoras do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001, poderão apurar a margem de solvência prevista no inciso II deste artigo conforme escalonamento mínimo previsto no Anexo II.

Art. 13. As operadoras que venham a ser criadas de um processo de cisão ou fusão poderão se beneficiar dos escalonamentos previstos nos §§ 1º ou 2º do art. 12, desde que, pelo menos uma das operadoras que deram origem às novas pessoas jurídicas tenha iniciado suas operações antes do dia 19 de julho de 2001.

§ 1º A excepcionalidade prevista no **caput** também se aplica a:

- I – operadoras que incorporem outras operadoras que tenham iniciado suas operações antes do dia 19 de julho de 2001; ou
- II – operadoras que tenham sido criadas com o fim de adequação do objeto social exclusivo previsto no art. 34 da Lei nº 9.656, de 1998, desde que:
 - a) a totalidade da carteira de beneficiários da operadora em desconformidade seja transferida para a nova operadora;
 - b) as dívidas assistenciais originadas pela carteira de beneficiários da operadora em desconformidade tenham sido quitadas após a efetivação da transferência da carteira ou tenham sido assumidas pela nova operadora; e
 - c) o registro da operadora em desconformidade seja cancelado, exceto quando tal cancelamento se der em decorrência ou como alternativa à liquidação extrajudicial.

§2º Nas situações de que trata este artigo, o histórico de contraprestações e despesas assistenciais da carteira de beneficiários da operadora anterior devem ser utilizados para o cálculo do capital regulatório.

Seção III
Da apuração do capital regulatório a partir de janeiro de 2023

Art. 14. O capital regulatório das operadoras, a ser apurado mensalmente a partir de janeiro de 2023, deve ser equivalente ao maior montante entre:

- I – o capital base, apurado conforme Seção I desta Resolução; ou
- II – o capital baseado em riscos, apurado conforme Seção III desta Resolução.

Parágrafo único. O disposto no inciso II se aplica, a partir de janeiro de 2024, às autogestões de que trata o §1º do art. 12.

Seção IV
Da adoção antecipada do capital baseado em riscos

Art. 15. Durante os prazos previstos no art. 12, as operadoras poderão optar pela utilização antecipada de modelo de capital baseado em riscos na apuração do capital regulatório, desde que comuniquem tal opção formalmente à DIOPE.

§ 1º A operadora que optar pela utilização antecipada de capital baseado em riscos para fins de apuração do capital regulatório deverá encaminhar à ANS termo de compromisso assinado pelo representante da operadora junto à ANS, observando o disposto no Anexo IV.

§ 2º No caso de descumprimento do termo de compromisso de que trata o §1º, o cálculo capital regulatório será feito com base no art. 12.

§ 3º A DIOPE encaminhará comunicação formal informando o período inicial para a utilização o modelo de capital baseado em riscos na apuração do capital regulatório.

Art. 16. Caso a operadora opte pela antecipação de utilização de modelo padrão de capital baseado em riscos nos termos do art. 15, a apuração do capital regulatório deverá considerar, a partir do mês indicado pela DIOPE, o maior entre os seguintes valores:

- I – o capital base, apurado conforme Seção I desta Resolução;
- II – a margem de solvência, apurada conforme Seção II desta Resolução; ou
- III – o capital baseado em riscos, apurado conforme Seção III desta Resolução.

Parágrafo único. As operadoras que observam a exigência de margem de solvência de forma escalonada, conforme previsto no art. 12, poderão calcular o disposto no inciso II considerando 75% (setenta e cinco por cento) da margem de solvência, apurada conforme Seção II desta Resolução.

Art. 17. Caso a operadora obtenha aprovação da DIOPE para utilização de modelo próprio de capital baseado em riscos, a apuração do capital regulatório deverá ser feita conforme o art. 14 a partir do mês de autorização informado à operadora.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art.18 Os parâmetros para cálculo do capital baseado no risco de crédito, mercado, legal e operacional serão regulamentados pela ANS até 2022.

Art. 19. O PLA das operadoras poderá ser apurado, até dezembro de 2019, considerando os ajustes adicionais previstos no Anexo V.

Art. 20. O disposto nos arts. 5º e 6º, bem como o capital baseado em riscos de subscrição, calculado no modelo padrão conforme o Anexo III, não se aplicam às administradoras de benefícios.

Art. 21. Aplicam-se os critérios e diretrizes para utilização do modelo próprio baseado nos riscos da operadora definidos na IN nº 14, de 27 de dezembro de 2007, da DIOPE, ao capital baseado em riscos e à margem de solvência.

Art. 22. O histórico de contraprestações e despesas assistenciais da carteira de beneficiários de operações de planos de saúde incorporadas ou fundidas deve ser utilizado para o cálculo do capital regulatório da operadora que incorporar a operação ou da operadora que resultar da fusão, respectivamente.

Art.23. O art. 8º, o item 1.19 do Anexo I e o item 1.6 do Anexo IV, todos da RN nº 85, de 2004, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 8º As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão proceder à capitalização necessária, em observância aos limites de Capital Base - CB, conforme regulamentação normativa específica em vigor." (NR)

“Anexo I

1.19 Comprovação de regularidade quanto à exigência de Capital Base – CB, conforme disposto na regulamentação normativa vigente, bem como de ativos garantidores, constituição de provisões técnicas, margem de solvência e capital baseado em riscos, quando for o caso. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem.” (NR)

“Anexo IV.....

1.6 Comprovação de regularidade quanto às exigências de Capital Base - CB, margem de solvência, capital baseado em riscos, ativos garantidores e constituição de provisões técnicas, conforme disposto na regulamentação normativa vigente. As empresas classificadas na modalidade de Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem." (NR)

Art. 24. Os incisos III e IV e o § 1º, todos do art. 6º da RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 6º

III - do Capital Base; e

IV - da Margem de Solvência e/ou do Capital Baseado em Riscos.

§ 1º As projeções deverão seguir os modelos dispostos no Anexo I desta RN, observando-se as atualizações de normativos aplicáveis ao Plano de Contas Padrão da ANS e as regras de capital regulatório."(NR)

Art. 25. As alíneas "b" e "e" do inciso II do art. 10 da RN nº 400, de 25 de fevereiro de 2016, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 10

II -

b) capital base;

e) margem de solvência e/ou capital baseado em riscos; ” (NR)

Art.26. Revogam-se a RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a IN nº 50, de 23 de novembro de 2012, da DIOPE.

Art. 27. Os Anexos I a V constituem parte integrante desta Resolução e estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na internet – www.ans.gov.br.

Art. 28. Esta RN entra em vigor na data de sua publicação.

XXX
Diretor-Presidente

Anexo I

Parâmetros para cálculo do Capital Base

Tabela 1 – CAPITAL DE REFERÊNCIA (EM REAIS)

Capital de referência vigente na data de publicação desta RN
8.503.232,69 (oito milhões, quinhentos e três mil, duzentos e trinta e dois reais e sessenta e nove centavos).

OBS.: Para fins de aplicação da primeira atualização de que trata o §1º do art. 4º desta Resolução, será considerada como referência a variação do IPCA entre julho de 2018 e junho de 2019.

Tabela 2 – VALOR DO FATOR “K” (%)

Segmento	Região de Comercialização					
	1	2	3	4	5	6
Seguradoras Especializadas em Saúde	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Medicina de Grupo/Filantropias – ST	100,00	74,19	48,39	25,81	18,06	10,32
Cooperativa Médica – ST	87,10	61,29	37,10	18,06	12,65	7,23
Medicina de Grupo/Filantropias - SSS	74,39	49,19	27,58	12,65	8,85	5,06
Cooperativa Médica – SSS	64,52	46,77	29,03	12,90	8,82	4,74
Autogestão	61,69	38,39	20,11	8,85	6,20	3,54
Medicina de Grupo/ Filantropias -SSP	50,04	29,25	19,35	7,10	5,00	2,90
Cooperativa Médica - SSP	45,81	22,58	15,35	6,68	4,76	2,84
Medicina de Grupo/Filantropias - SPS	34,19	20,97	14,52	6,26	4,35	2,45
Cooperativa Médica - SPS	32,58	19,74	12,89	5,85	3,98	2,10
Medicina de Grupo/Filantropia - SPP e SPP/SUS	20,16	14,31	8,37	4,98	3,37	1,77
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47
Odontologia de Grupo - SOT	3,23	2,58	1,94	0,48	0,41	0,34
Cooperativa Odontológica - SOT	2,58	2,43	1,79	0,45	0,35	0,25
Odontologia de Grupo - SOM	2,40	2,03	1,48	0,39	0,30	0,20
Cooperativa Odontológica - SOM	2,35	1,90	1,21	0,34	0,26	0,19
Odontologia de Grupo - SOP	2,31	1,76	0,94	0,29	0,23	0,18
Cooperativa Odontológica - SOP	2,03	1,35	0,61	0,23	0,20	0,16
Administradora	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47

Para efeito de classificação, as operadoras deverão observar sua região de comercialização e o disposto na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, e alterações posteriores, a saber:

- ✓ Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;
- ✓ Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da Região 1;
- ✓ Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;

- ✓ Região 4: no Município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba ou de Brasília;
- ✓ Região 5: em grupo de municípios, excetuando os definidos na Região 4; e
- ✓ Região 6: em um único município, excetuando os definidos na Região 4.

OBS. 1: Para fins de aplicação deste Anexo, considera-se região de comercialização as localidades onde as autogestões disponibilizam e as demais operadoras comercializam seus planos privados de assistência à saúde.

OBS. 2: Será considerada atuação estadual a operação em mais de 50% (cinquenta por cento) dos municípios de um estado.

OBS. 3: Cada operadora só poderá enquadrar-se em uma Região e segmento.

OBS. 4: Brasília não será considerado como estado para fins de enquadramento na Região de Comercialização.

Anexo II

Escalonamentos mínimos para Margem de Solvência

1. As autogestões que, até 3 de julho de 2007, eram dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias por estarem classificadas na modalidade de autogestão patrocinada junto à ANS, conforme normas vigentes à época, poderão observar a constituição da margem de solvência de acordo com as seguintes parcelas mínimas:

I - Em abril de 2019: proporção mínima de 64/120 (sessenta e quatro e cento e vinte avos) da margem de solvência, apurada conforme seção III desta Resolução; e

II - Entre maio de 2019 e dezembro de 2023: a proporção mínima apurada no mês anterior deverá ser acrescida de 1/120 (um cento e vinte avos), a cada mês, da margem de solvência, apurada conforme seção III desta Resolução.

2. As autogestões não enquadradas na especificação do item 1 deste Anexo, as operadoras de planos de saúde dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 3 de julho de 2007 e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001 poderão observar a constituição da margem de solvência de acordo com as seguintes parcelas mínimas:

I – Em abril de 2019: 72,98% (setenta e dois inteiros e noventa e oito centésimos por cento) do valor da MS;

II – Entre maio de 2019 e dezembro de 2022: proporção cumulativa mínima mensal de 0,615% (zero vírgula seiscentos e quinze por cento) do valor da MS, em adição ao estabelecido no item I acima; e

III – A partir de dezembro de 2022: 100% do valor da MS.

Anexo III

Modelo padrão de capital baseado no risco de subscrição

1. O capital baseado no risco de subscrição não se aplica às administradoras de benefícios.
2. O capital baseado no risco de subscrição é composto pelas parcelas: (i) capital baseado no risco de precificação e (ii) capital baseado no risco de provisionamento.
- 2.1. O capital baseado no risco de provisionamento subdivide-se em parcelas referentes a: (i) risco de provisionamento associado à provisão de eventos ocorridos e não avisados (PEONA); (ii) risco associado à provisão de remissão (risco de remissão) e (iii) risco associado à provisão de eventos e sinistros a liquidar do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (PESL-SUS).
3. Para o cálculo do risco de precificação, as variáveis relacionadas aos planos privados de assistência à saúde devem ser segmentadas de acordo com o tipo de contratação (individual, coletivo por adesão ou coletivo empresarial) e por segmentação assistencial (médico-hospitalar ou exclusivamente odontológico).
4. A fórmula para cálculo do risco de precificação é:

$$CRSPre_{\alpha} = \sqrt{(C_{c,l} \times \beta_{c,l,\alpha})' \times P_{pre} \times (C_{d,k} \times \beta_{d,k,\alpha})}$$

Na qual:

$CRSPre_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de precificação para o nível de significância α ;

$C_{c,l}$ é o total de contraprestações nos últimos quatro trimestres, líquidas de compartilhamentos cedidos e aceitos, na segmentação assistencial “c”, no tipo de contratação “l”, organizado sob a forma de vetor;

$C_{d,k}$ é o total de contraprestações nos últimos quatro trimestres, líquidas de compartilhamentos cedidos e aceitos, na segmentação assistencial “d”, no tipo de contratação “k”, organizado sob a forma de vetor (“d” pode ser igual a “c” e “l” pode ser igual a “k”);

$\beta_{c,l,\alpha}$ é o fator associado à segmentação assistencial “c”, tipo de contratação “l” e ao tipo do fator (padrão ou reduzido);

$\beta_{d,k,\alpha}$ é o fator associado à segmentação assistencial “d”, tipo de contratação “k” e ao tipo do fator (padrão ou reduzido);

P_{pre} é a matriz de correlação linear do risco de precificação.

- 4.1. Os valores dos fatores (β) associados a cada segmentação assistencial, tipo de contratação e nível de confiança são:

Tabela 1 – Fatores – Risco de Precificação			
Segmentação Assistencial	Tipo de contratação	Fator Padrão	Fator Reduzido
Médico-Hospitalar	Individual	0,043	0,033
Médico-Hospitalar	Coletivo por adesão	0,082	0,062
Médico-Hospitalar	Coletivo empresarial	0,114	0,087
Odontológico	Individual	0,043	0,033
Odontológico	Coletivo por adesão	0,082	0,062
Odontológico	Coletivo empresarial	0,114	0,087

4.2. A matriz de correlação P_{pre} é:

Tabela 2 – Matriz de Correlação – Risco de Precificação						
	MH – Individual	MH – Col. Por adesão	MH – Empresarial	Odonto – Individual	Odonto – Col. Por adesão	Odonto – Empresarial
MH – Individual	1,00					
MH – Col. Por adesão	0,40	1,00				
MH – Empresarial	0,57	0,11	1,00			
Odonto – Individual	0,63	0,25	0,14	1,00		
Odonto – Col. Por adesão	0,62	0,19	0,35	0,60	1,00	
Odonto – Empresarial	0	0,13	-0,10	0,28	-0,10	1,00

- Para o cálculo do capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA, a operadora deve considerar a segmentação assistencial dos planos que oferta (médico-hospitalar, odontológico ou misto, quando oferta planos médico-hospitalares e odontológicos).
- A partir do volume de eventos (EV) em cada segmentação assistencial nos últimos quatro trimestres, líquidos de compartilhamentos cedidos e aceitos, a operadora deve calcular o seu fator de risco de provisionamento associado à PEONA (κ) dado pela seguinte fórmula:

$$\kappa = \sqrt{\zeta_1^2 \kappa_{1,\alpha}^2 + \zeta_3^2 \kappa_{3,\alpha}^2 + 0,8 \zeta_1 \kappa_{1,\alpha} \zeta_3 \kappa_{3,\alpha}}$$

Na qual:

κ_1 é o fator de risco de provisionamento associado à segmentação médico-hospitalar e ao tipo do fator (padrão ou reduzido);

κ_3 é o fator de risco de provisionamento associado à segmentação odontológica e ao tipo do fator (padrão ou reduzido);

$$\zeta_1 = \frac{EV_1}{EV_1+EV_3}, \text{ se } \zeta_1 = 0 \rightarrow \kappa = \kappa_3;$$

$$\zeta_3 = \frac{EV_3}{EV_1+EV_3}, \text{ se } \zeta_3 = 0 \rightarrow \kappa = \kappa_1;$$

EV_1 é o total de eventos médico-hospitalar nos últimos quatro trimestres, líquidos de compartilhamentos cedidos e aceitos;

EV_3 é o total de eventos odontológicos nos últimos quatro trimestres líquidos de compartilhamentos cedidos e aceitos.

6.1. Os fatores associados a cada segmentação assistencial e nível de significância são os seguintes:

Tabela 3 – Fatores – Risco de Provisionamento associado à PEONA		
Segmentação Assistencial	Fator Padrão	Fator Reduzido
Médico-Hospitalar	0,007	0,005
Odontológico	0,007	0,005

7. O capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA é obtido por meio da seguinte fórmula:

$$CRSPro_{\alpha} = \text{Eventos} \times \kappa$$

Na qual:

$CRSPro_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA, considerando o fator a ser utilizado (padrão ou reduzido);

$Eventos$ é o total de eventos médicos da operadora nos últimos quatro trimestres, líquidos de compartilhamentos cedidos e aceitos;

κ é o fator de risco de provisionamento associado à PEONA da operadora, calculado conforme o item 5, para o tipo de fator a ser utilizado pela operadora (padrão ou reduzido).

8. Para o cálculo do capital associado ao risco de remissão, devem ser considerados separadamente os contratos com cláusula de remissão temporária e contratos com cláusula de remissão vitalícia. Devem também ser separados os contratos para os quais não há beneficiários em gozo da remissão e aqueles para os quais há beneficiários remidos.

9. A fórmula para o cálculo do risco de remissão, quando não há beneficiários remidos, é:

$$CRSRA_{\alpha} = \sum_{n=1}^m fa_v C_n$$

Na qual:

$CRSRA_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de remissão da operadora referente a contratos sem beneficiários remidos para o tipo de fator (padrão ou reduzido);

fa_v é o fator (padrão ou reduzido, a depender da operadora) de risco para a temporariedade “v” (temporária ou vitalícia) do contrato “n”;

m é o número de contratos com remissão da operadora para a temporariedade “v”;

C_n é a exposição ao risco do contrato “n” na temporariedade “v”, ou seja, a soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão do contrato “n”.

9.1. Os fatores (fa_v) para o cálculo do risco de provisionamento associado à remissão, quando não há beneficiários remidos, são:

Tabela 4 – Fatores – Risco de Provisionamento associado à Remissão		
	Fator Padrão	Fator Reduzido
Remissão temporária (prazo certo)	0,029	0,021
Remissão vitalícia	0,081	0,061

10. A fórmula para o cálculo do risco de remissão, quando há beneficiários remidos, é:

$$CRSRm_{\alpha} = \sum_{n=1}^b fm_v Ed_n$$

$CRSRm_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de remissão da operadora referente a contratos com beneficiários remidos considerando o tipo de fator (padrão ou reduzido);

fm_v é o fator (padrão ou reduzido, a depender da operadora) de risco para a temporariedade “v” (temporária ou vitalícia) do contrato “n”;

“b” é o número total de beneficiários remidos;

Ed_n é a exposição ao risco do beneficiário “n”, ou seja, a soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde de “n” nos próximos doze meses.

10.1. Os fatores (fm_v) para o cálculo do risco de provisionamento associado à remissão, quando há beneficiários remidos, são:

Tabela 5 – Fatores – Risco de Provisionamento associado aos beneficiários remidos		
	Fator Padrão	Fator Reduzido
Remissão temporária (prazo certo)	0,133	0,101
Remissão vitalícia	0,269	0,205

11. A operadora que utiliza a fórmula padrão do risco de subscrição para o cálculo de seu capital regulatório deve enviar periodicamente, nas mesmas datas de envio do DIOPS/ANS, os dados utilizados para cálculo do capital baseado no risco de provisionamento associado à provisão de remissão, quais sejam:

- Número de contratos com remissão temporária;
- Número de contratos com remissão vitalícia;
- Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão temporária;
- Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão vitalícia;
- Número de beneficiários remidos de contratos com remissão temporária;
- Número de beneficiários remidos de contratos com remissão vitalícia;
- Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde de dos beneficiários remidos, em contratos com remissão temporária, nos próximos doze meses;
- Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde de dos beneficiários remidos, em contratos com remissão vitalícia, nos próximos doze meses.

12. A fórmula para cálculo do capital baseado no risco de provisionamento associado à PESL-SUS é:

$$CRSSUS_{\alpha} = Z_{1-\alpha} \sqrt{\%hc(1 - \%hc)ABI}$$

Na qual:

$CRSSUS_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de provisionamento da PESL-SUS considerando o tipo de fator a ser utilizado pela operadora (padrão ou reduzido);

$Z_{1-\alpha}$ é igual a 2,58 se a operadora utilizar os fatores padrão e é 1,96 se a operadora puder utilizar os fatores reduzidos ;

$\%hc$ é o percentual histórico de cobrança, como definido na Instrução Normativa Conjunta – INC nº 5, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES e da DIOPE, de 30 de setembro de 2011;

ABI é o valor total dos avisos de beneficiários identificados notificados e ainda sem emissão das respectivas guias de recolhimento da União – GRUs pela ANS para a operadora.

13. O capital do risco de subscrição é dado pela fórmula:

$$CRS = \sqrt{CRSPre^2 + 0,64 (CRSPre)(CRSPro + CRSSUS) + (CRSPro + CRSSUS)^2 + (CRSRa + CRSRm)^2}$$

Na qual:

CRS é o capital baseado no risco de subscrição;

$CRSPre_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de precificação calculado conforme este anexo;

$CRSPro_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de provisionamento associado à PEONA calculado conforme este anexo;

$CRSRa_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de remissão da operadora referente a contratos sem beneficiários remidos calculado conforme este anexo;

$CRSRm_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de remissão da operadora referente a contratos com beneficiários remidos calculado conforme este anexo;

$CRSSUS_{\alpha}$ é o capital baseado no risco de provisionamento da PESL-SUS calculado conforme este anexo.

Anexo IV

Termo de compromisso para adoção antecipada de modelo padrão de capital baseado em riscos

Eu, <nome do representante junto à ANS ou representante legal da operadora >, <e-mail institucional>, inscrito no CPF sob o nº <11 dígitos>, <cargo na operadora>, da operadora <Razão Social>, registrada sob o nº <6 dígitos> na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, informo que a administração da operadora em tela optou pela adoção antecipada do modelo padrão de capital baseado em riscos na apuração do seu capital regulatório, conforme definido na RN nº xx, de xx de xx de 2019, e assumo, na qualidade de representante da operadora, os seguintes compromissos:

I – COMPROMETO-ME, para os devidos fins, a encaminhar trimestralmente, no prazo de envio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, pelo meio que a ANS determinar, todos os dados não constantes do DIOPS/ANS que sejam necessários para o cálculo do montante de capital baseado em riscos, definido com a utilização do modelo padrão de capital baseado em riscos estabelecido pela ANS, em especial, os que seguem:

1. Número de contratos com remissão temporária;
2. Número de contratos com remissão vitalícia;
3. Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão temporária;
4. Soma das contraprestações dos últimos doze meses dos beneficiários da remissão, não remidos, em contratos com remissão vitalícia;
5. Número de beneficiários remidos de contratos com remissão temporária;
6. Número de beneficiários remidos de contratos com remissão vitalícia;
7. Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde de dos beneficiários remidos, em contratos com remissão temporária, nos doze meses subsequentes; e
8. Soma dos valores das expectativas de despesa de assistência à saúde dos beneficiários remidos, em contratos com remissão vitalícia, nos doze meses subsequentes.

II – DECLARO que todas as informações a serem enviadas serão fidedignas e consistentes com os demonstrativos contábeis da operadora e das informações encaminhadas à ANS por meio do DIOPS/ANS.

III – COMPROMETO-ME a enviar à ANS, a qualquer tempo, os dados listados no item I do presente Termo, na forma e nos prazos solicitados pela ANS, bem como a manter controles gerenciais e recursos internos necessários à disponibilização das informações atualizadas.

IV – DECLARO estar ciente de que o descumprimento de quaisquer cláusulas do presente Termo implicará na desconsideração do modelo padrão do capital baseado em riscos para fins de apuração do capital regulatório, nos termos da RN nº xx, de xx de xx de 2019.

Local e data:

Assinatura do representante junto à ANS ou responsável legal da operadora.

Anexo V

Ajustes adicionais ao Patrimônio Líquido Ajustado

As operadoras de plano de saúde poderão observar os seguintes ajustes econômicos adicionais, referentes a valores contabilizados em 31 de dezembro de 2012:

I – adição das obrigações legais classificadas no passivo não circulante, nas contas 23531, 235329011 e 236, conforme Anexo da RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, sendo excluída a parcela do ativo referente à transferência das responsabilidades de pagamento das obrigações legais ocorridas nos termos da IN nº 20, de 20 de outubro de 2008, da DIOPE, e cujos valores são classificados na conta 131918011, conforme Anexo da RN nº 290, de 22 de dezembro de 2009;

II – adição do ativo não circulante intangível referente a gastos com aquisição de carteira de plano privado de assistência à saúde desde que atendidas as exigências da regulamentação contábil vigente; e

III – adição do ativo não circulante intangível referente a gastos com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS nos termos da regulamentação específica, desde que atendidas as exigências da regulamentação contábil vigente.

Parágrafo único. O total das adições de que trata os incisos deverão ser limitadas aos percentuais máximos de:

- a) 9% (nove por cento) entre abril e junho de 2019; e
- b) 2% (dois por cento) entre julho de 2019 e dezembro de 2019.