



Relatório de Consulta Pública nº 87

Agosto /2021

DIOPE

Elaborado por:

Alexandre Fiori Pregueiro

Leonardo Fernandes Ferreira

Tainá Leandro

Tatiana de Campos Aranovich

Washington Oliveira Alves

Sumário

1. Introdução.....	3
2. Dados Estatísticos sobre as Contribuições Recebidas	3
3. Análise das contribuições recebidas	6
4. Análise das contribuições encaminhadas por ofício	8
5. Outros temas.....	20
6. Conclusão	7
Anexo I – Avaliação Individual das Contribuições.....	12

1. Introdução

Em 27/05/2021, teve início a Consulta Pública (CP) nº 87, referente à proposta de Resolução Normativa (RN) que dispõe sobre classificação das operadoras, para fins de aplicação proporcional da regulação prudencial.

A Consulta Pública ficou aberta a contribuições por 45 dias, tendo sido encerrada em 12/07/2021. Com o fim de subsidiar a proposta normativa e permitir amplo conhecimento da sociedade das motivações da proposta, foram disponibilizados¹ os seguintes documentos, constantes do processo SEI nº 33910.014191/2021-16:

- Sumário Executivo (SEI 20475535);
- Exposição de motivos (SEI 20477258);
- Minuta da RN (SEI 20734402);
- Relatório Técnico fundamentando a Dispensa de Análise de Impacto Regulatório (AIR) (SEI 20734395).

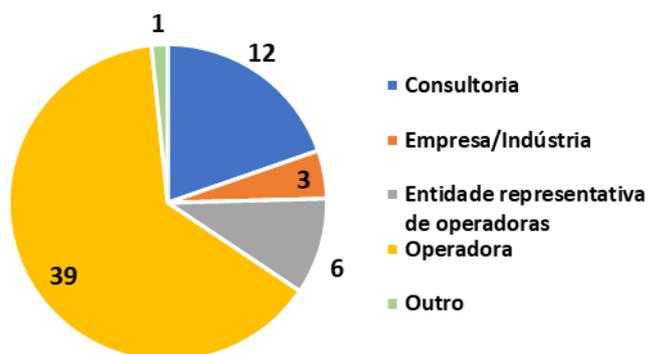
Ao longo da CP nº 87, foram recebidas 55 contribuições por meio do sistema próprio para o recebimento de contribuições no site da ANS. Também foi recebido o Ofício nº 035/2021/DIREX da Fenasaúde (SEI 21307983), cujas contribuições foram divididas por tópicos, passando a constituir 6 contribuições analisadas no quadro do Anexo I a este Relatório. Assim, no total, foram avaliadas 61 contribuições, resultando algumas em alteração da proposta normativa conforme minuta de RN atualizada pós-CP (SEI XXX). Os resultados e dados estatísticos, considerando as contribuições via sistema de sugestões e ofícios, são apresentados a seguir.

2. Dados Estatísticos sobre as Contribuições Recebidas

Quatro tipos de entidades apresentaram sugestões ao longo da consulta pública, conforme detalha o gráfico abaixo:

¹ Vide no link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-no-87-2013-proposta-de-resolucao-normativa-que-dispoe-sobre-classificacao-das-operadoras-para-fins-de-aplicacao-proporcional-da-regulacao-prudencial>.

Figura 1 – Sugestões por Tipo de Contribuinte



Fonte: CP nº 87.

Mais especificamente, submeteram sugestões as seguintes entidades:

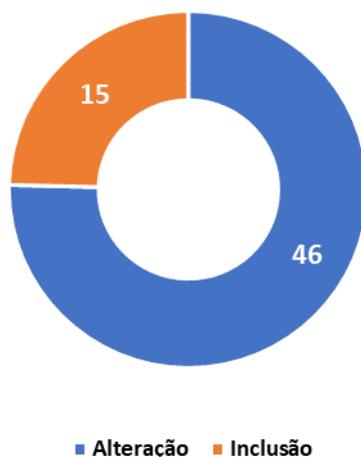
Tabela 1 – Lista de Entidades que submeteram contribuições

ENTIDADE
ABERTTA SAÚDE
ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS
CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE
CERTIFICA CONTABILIDADE AUDITORIA E ACREDITAÇÃO LTDA
FENASAÚDE
RODARTE NOGUEIRA-CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA
UNIMED DE LINS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
UNIMED DO BRASIL
UNIMED OPERADORA/RS

Fonte: CP nº 87.

A maior parte das contribuições (61%), como pode ser observado na Figura 2, visava a alterar dispositivos da proposta tal como apresentada. O esclarecimento de uma dúvida foi tratado como “Outros”.

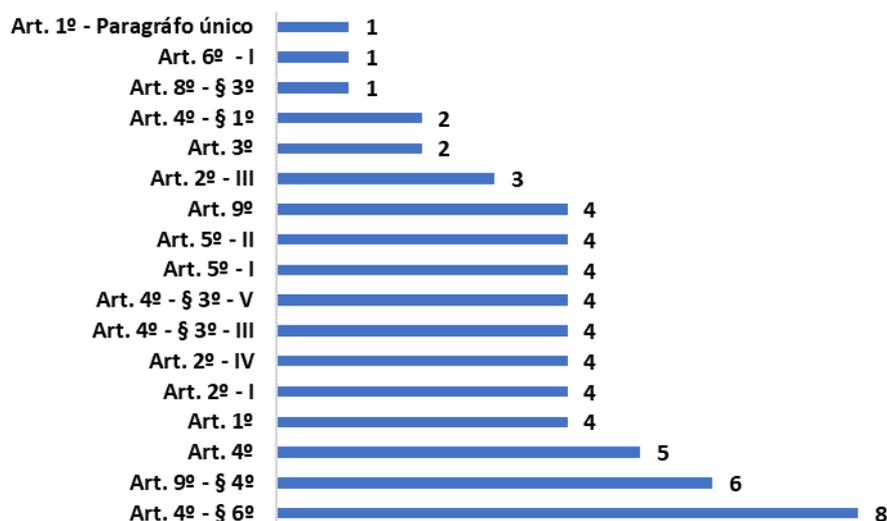
Figura 2 – Tipo de Sugestão, em relação aos dispositivos



Fonte: CP nº 87.

O item com mais sugestões foi relacionado ao enquadramento das operadoras que iniciarem suas operações no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo prudencial a que pertençam (art. 4º, § 6º). Todas as contribuições foram no sentido de que as operadoras que iniciassem suas operações fossem incluídas no segmento de menor risco aplicável. Sendo essa exatamente a intenção da proposta, e visando dar maior clareza à expressão "sequencial mais baixa", foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado. Portanto, as sugestões foram todas acatadas, conforme detalhado no quadro no Anexo I.

Figura 3 – Número de Sugestões, conforme Item da Minuta mais abordados



Fonte: CP nº 87.

3. Análise das contribuições recebidas

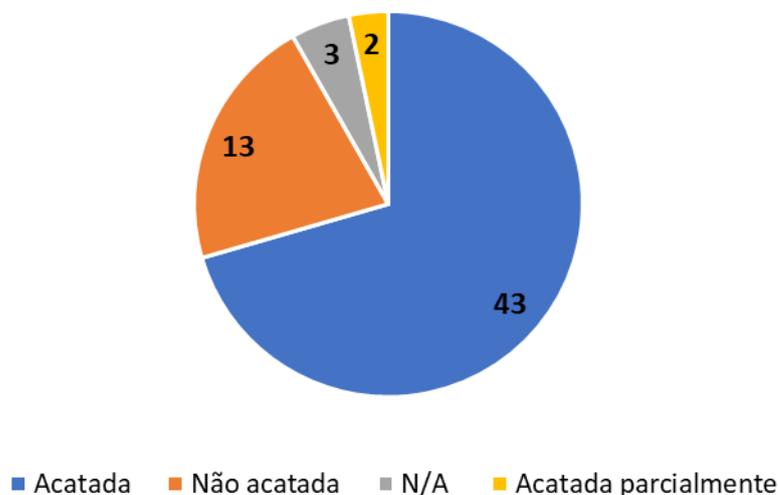
Na presente análise, as contribuições recebidas foram divididas em três grupos:

- Acatadas: contribuições que foram completamente consideradas;
- Acatadas parcialmente: contribuições que foram parcialmente consideradas, quanto a forma e/ou conteúdo; ou cujo conteúdo já se encontrava disposto sob quaisquer outros formatos, requerendo apenas esclarecimentos e/ou ajuste de redação;
- Não acatadas: contribuições cuja forma e conteúdo não foram aceitas, conforme o entendimento sobre a adequação da proposta
- Não se aplica (N/A): quando a manifestação não continha uma contribuição propriamente relacionada ao objeto da CP.

Como observado anteriormente, nesta Consulta Pública, os principais contribuintes foram as operadoras de planos de saúde

A Figura 4 mostra a quantidade de contribuições por resultado de avaliação:

Figura 4 – Contribuições por resultado de avaliação



Fonte: CP nº 87.

O detalhamento de cada sugestão e o resultado da análise pode ser melhor avaliado no Anexo I deste relatório.

4. Inclusão de nova Regra Transitória e Final – Reforma das Normas Contábeis

Tendo em vista o impacto do acatamento das contribuições recebidas sob identificação nºs 55529, 55539, 55552 e 55565 (anexo a este Relatório), são tecidos comentários mais detalhados.

Há proposta de reforma das normas contábeis para o mercado de saúde suplementar, submetida à CP nº 85/21 da ANS². Atualmente, a proposta resta pendente de manifestação jurídica da Procuradoria Federal Junto à ANS e aprovação da Diretoria Colegiada da ANS. Caso aprovada e publicada no DOU, a nova normativa alterará o cômputo da receita total (conta 3) das seguintes formas, ambas a partir de 2022:

- (i) parte das despesas referentes à corresponsabilidade cedida, mais especificamente a parte da atual conta 3117 que não corresponde à taxa de administração das

² <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-no-85-proposta-de-atualizacao-e-aprimoramento-das-normas-contabeis-e-procedimentos-previamente-acordados-ppa> -

operações de corresponsabilidade, deixará de compor conta redutora de receita total (valor negativo na conta 3) e passará a compor conta adutora às despesas totais (valor positivo na conta 4); e

- (ii) parte das receitas com operações de assistência à saúde de contratos com preços pós-estabelecidos, mais especificamente a parte das atuais contas 311112 e 311122 que não correspondem à taxa de administração das operações em preços pós-estabelecidos, deixará de ser conta adutora à receita total (valor positivo na conta 4) e passará a ser contabilizada como recuperação de despesa, portanto redutora de despesa (valor negativo na conta 4).

Por exemplo, uma operadora A com pagamentos a serem feitos para outra operadora B, por atendimentos na rede própria da operadora B de beneficiários da operadora A, em função de corresponsabilidade cedida, passará, a partir de 2022, a ter a quase totalidade desse montante não mais registrado como redução de sua receita, mas como acréscimo de suas despesas. Da mesma forma, uma operadora que recebe contraprestações de contratos de planos de saúde com preços pós-estabelecidos, em 2022, contabilizará a quase totalidade desse montante não mais como valor a aumentar suas receitas, sim como redutor de suas despesas.

Graficamente:

Figura 5 – Alterações na Conta de Receitas com a Proposta submetida à CP nº 85



Alterações na Conta de Receitas com Proposta de Alteração submetidas à CP nº 85/21



Fonte: CP nº 85/21. Elaboração própria.

O enquadramento inicial de cada operadora será definido conforme informações da data-base de 31 de dezembro de 2020, sendo tal enquadramento divulgado na data da entrada em vigor da proposta de RN submetida à CP nº 87/20 (art. 9º, *caput* e § 1º, da minuta). A atualização desse enquadramento se dará anualmente, 30 dias após o prazo do envio do DIOPS-Financeiro do 4º trimestre (31 de março do ano subsequente) (art. 8º da minuta). Assim, por exemplo, caso a proposta seja aprovada e entre em vigor em outubro de 2021, o enquadramento inicial seria divulgado nessa mesma data, com base em dados do exercício de 2020. Até 30 de abril de 2022, a ANS atualizaria esse enquadramento, com dados do exercício de 2021, e assim sucessivamente nos anos seguintes.

Para que haja alteração de enquadramento para segmento de *maior risco*, a operadora deverá atender aos requisitos do novo segmento há 2 anos consecutivos (art. 5º, inc. I, da minuta). Já para que haja mudança de enquadramento para segmento de *menor risco*, a regulada deve atender aos requisitos do novo segmento há 3 anos (art. 5º, inc. II, da minuta). Isto visa garantir maior segurança jurídica tanto às operadoras, como ao regulador, para que alterações havidas em um ano, por exemplo, por uma questão conjuntural, possam não levar à operadora à troca de classificação. Nesse caso a ser evitado, a operadora teria se adequar às normas futuramente aplicáveis ao novo segmento, e logo, no ano seguinte, voltar à classificação anterior, situação a ser evitada.

Ao se considerar a hipótese de que, a partir de 2022, uma vez aprovada a proposta de reforma das normas contábeis para o mercado de saúde suplementar, recentemente submetida

à CP nº 85/21 da ANS, a contribuição tem pertinência. Registra-se que a totalidade de contraprestações de corresponsabilidade cedida, conforme dados de 2020, representa 6,1% das receitas totais do mercado (e, em 3% das operadoras, representa 50% ou mais das receitas totais).

Ademais, por paralelismo, a ANS há de computar as receitas com contraprestações de contratos de planos de saúde com preços pós-estabelecidos, que serão consideradas como redutoras de despesas. Destaca-se, nesse sentido, que tais contraprestações, conforme dados de 2020, representam 12,6% das receitas totais do mercado (e, em 6,5% das operadoras, representam 50% ou mais das receitas totais).

Assim, as contribuições nºs 55529, 55539, 55552 e 55565 (contraprestações com corresponsabilidade cedida) são acatadas, além de acrescida regra semelhante para situação similar (contraprestações em contratos com preços pós-estabelecidos). Considerando a regra vigente do plano de contas padrão e as propostas de alteração do plano de contas padrão prevista para 2022, são acrescentados ao texto da proposta os seguintes dispositivos no art. 9º:

§5º As operadoras que, para atendimento aos seus beneficiários, realizam operações de corresponsabilidade pela gestão de riscos, deverão considerar a adição do valor absoluto do montante de contraprestação de corresponsabilidade, registrado nas demonstrações econômico-financeiras, no cálculo da receita total, definida no inciso I do artigo 2º desta RN.

§6º A partir de 1º de janeiro de 2022, ao cálculo da receita total, definida no inciso I do artigo 2º desta RN, deverá ser acrescido o valor absoluto das contas de recuperação por reembolso do contratante do total eventos/sinistros conhecidos ou avisados referentes a contratos de planos de saúde na modalidade de preço pós-estabelecido.

Enfatiza-se que tais alterações restam pendentes da efetiva aprovação pela DICOL da minuta de norma submetida à CP nº 85/21.

A alteração visa assegurar previsibilidade e segurança jurídica na nova classificação.

Ademais, alinha-se a outras medidas regulatórias tomadas pela a Agência, a exemplo da recente proposta de inclusão do item 4.3 no Anexo III-B da RN nº 451, como inserido no Relatório da CP nº 85 (SEI 20995244)³. Tal inclusão atualiza, em virtude de alterações que serão trazidas pela CP nº 85, critérios de cálculo de capital baseado em risco operacional (incluindo o legal).

³ Ibidem.

Outrossim, as contribuições acatadas e a alteração inclusa por paralelismo alinham-se melhor ao fim da proposta. O critério de volumetria econômica de receita total foi eleito como indicador principal por atender com maior transparência e capacidade de síntese o propósito de segmentar o mercado, como exposto no relatório técnico (SEI 20734395). A receita total, como *proxy* do faturamento, tem simplicidade de comunicação à sociedade em geral. Assim, tendo em vista as alterações propostas na CP nº 85/21 em relação à *receita*, que são puramente *contábeis*, há de se preservar máxima proximidade com o conceito de *faturamento*, de melhor domínio público. Por esse, adotar-se-á a receita total (conta 3), acrescidas dos ajustes de contraprestação de corresponsabilidade cedida e contraprestação de contratos com preços pós-estabelecidos.

Por fim, tendo em vista as modificações dos dispositivos acima, não de ser revistos também os cortes iniciais que embasaram os critérios para a definição dos segmentos. Assim, a representatividade de 80% das receitas totais do mercado, alterando-se o apresentado no relatório técnico (SEI 20734395), passa a abarcar as operadoras com 0,14% ou mais das receitas totais do mercado (e não mais 0,15% ou mais). Por esse motivo, na minuta, todas as menções a 0,15% serão atualizadas para **0,14%**. Os demais cortes e critérios permanecem inalterados.

5. Conclusão

A proposta submetida à CP nº 87 faz parte do processo de aperfeiçoamento da regulação econômico-financeira da saúde suplementar. A criação da classificação não alterará direitos e obrigações das operadoras em primeiro momento. Busca ser apenas primeira etapa, que, posteriormente, pavimentará caminho para que a DIOPE possa guiar sua revisão de estoque normativo, segundo trâmites do Decreto 10.411/20, tendo como alvo a simplificação e a desburocratização, assim como o incentivo à concorrência e à inovação no setor.

Dessa forma, recomenda-se a submissão da proposta à apreciação da Diretoria Colegiada.

Anexo I – Avaliação Individual das Contribuições

ID	Instituição	Seção	Tipo de Solicitação	Texto proposto	Justificativa (Contribuinte)	Análise da Contribuição (ANS)	Justificativa (ANS)
55509	CERTIFICA CONTABILIDADE AUDITORIA E ACREDITAÇÃO LTDA	Art. 3º	Alteração	Art. 3º O enquadramento da operadora nos segmentos definidos nesta Resolução terá por base: I - caso a operadora pertença a um grupo prudencial, os parâmetros de aferição consolidados do respectivo grupo prudencial; ou	Questiono se haverá possibilidade de algumas operadoras ou grupos, conforme classificado como - grupo prudencial: conjunto de operadoras no qual um mesmo sócio ou grupo de sócios detém o controle ou participa em regime de controle conjunto, ser classificado em seguimentos distintos, visto que a situação econômica de cada ente/unidade, possa ser diferente de sua matriz ou sede? Dependendo do rigor da da regulação prudencial em cada nível, acho que, talvez, possa beneficiar, ou prejudicar a unidade no particular. O que vocês dizem?	Não acatada	Conforme o inciso I do art. 3º e o § 1º do mesmo artigo, todas as operadoras pertencentes a um mesmo grupo prudencial utilizarão os parâmetros de aferição consolidados do respectivo grupo. Por exemplo, para aferir a receita, deve-se somar a receita de todas as operadoras do mesmo grupo como se fosse uma única operadora. A classificação definida para o determinado grupo será aplicada a todas as operadoras integrantes dele. A única exceção prevista está no § 2º do art 3º, que estabelece que as odontologias de grupo e cooperativas odontológicas não terão seus parâmetros somados aos de operadoras médico-hospitalares e administradoras de benefícios para fins de consolidação. A regra tem por fim mitigar o risco de contágio de operadoras dentro de mesmo grupo prudencial, bem como evitar a arbitrariedade regulatória.
55515	ANS	Art. 2º - I	Alteração	Teste	Teste	N/A	A manifestação não contém uma contribuição propriamente.

55518	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 2º - I	Alteração	I – Receita: receitas com operações de assistência à saúde subtraído o montante de tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo.	Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador. O termo “receita total” pode indicar se tratar da conta contábil 3, todavia, analisando a Relatório Técnico, observamos que a ANS indica que seria a conta 31 deduzido o valor da 321.	Não acatada	A variável a ser considerada de fato é a "receita total" (conta contábil "3" do DIOPS), não a "receita com contraprestações" (conta 31 somada da conta 321 - esta de valor negativo -, igualmente do DIOPS). O Relatório Técnico será ajustado, sendo editada nova versão final, para contemplar a correção de erro formal indicado.
55519	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 2º - III	Alteração	III - – mercado relevante: menor espaço econômico em que o poder de mercado pode ser exercido por um agente econômico ou um grupo de agentes agindo de forma coordenada, durante um horizonte temporal, conforme identificado pela metodologia da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e publicado anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br),	Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador, inserindo que a análise será realizada considerando a publicação de mercado relevante divulgada por meio do Atlas Econômico-financeiro.	Acatada	O inciso III do art. 2º passa a conter a seguinte redação: "(...) conforme identificado pela metodologia da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e publicado anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (https://www.gov.br/ans/pt-br) por meio do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar; " (trecho grifado doravante acrescido)

				por meio do Atlas Econômico-Financeiro;			
55520	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 2º - IV	Alteração	IV – percentual de mercado: porcentagem de beneficiários com planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia, que a operadora possui no mercado relevante, conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br), por meio do Atlas Econômico-Financeiro;	Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador, inserindo que a análise será realizada considerando a publicação de mercado relevante divulgada por meio do Atlas Econômico-financeiro.	Acatada	Sugestão acatada. O inciso IV do art. 2º passaria a conter a seguinte redação: "(...) conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (https://www.gov.br/ans/pt-br) <u>por meio do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar;</u> " (trecho grifado doravante acrescido)

55521	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 4º - § 3º - III	Alteração	III – no caso de administradoras de benefícios, quando não enquadradas em S1 ou S2, que possuem receitas iguais ou superiores a 0,01% do total de receitas de todo o setor de saúde suplementar;	Dar maior clareza ao texto.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.
55522	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 4º - § 3º - V	Alteração	V - no caso de autogestões por recursos humanos (RH) ou com mantenedor, que possuem 50.000 (cinquenta mil) ou mais beneficiários de planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia	Melhoria de redação.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.
55523	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 4º - § 6º	Alteração	§ 6º As operadoras que iniciarem suas operações após a entrada em vigor desta Resolução serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alta aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em	Dar maior clareza ao texto, a expressão “serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade” que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

				função do grupo prudencial a que pertençam.			
55525	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 5º - I	Alteração	I - para segmento de numeração sequencial superior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 2 (dois) anos consecutivos; ou	Melhoria de redação. De acordo com o texto proposto pela ANS, as operadoras poderão ser reclassificadas, por exemplo, de S1 para S2 (segmento de numeração sequencial mais alto), se elas apresentarem uma melhora em seu indicador por dois 2 (dois) anos.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para segmento de maior risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

55526	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 5º - II	Alteração	II - para segmento de numeração sequencial inferior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 3 (três) anos consecutivos; ou	Melhoria de redação.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.
55527	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 9º	Alteração	DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS	Melhoria de Redação.	Acatada	Ajuste em erro de digitação incorporado.
55528	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 9º - § 4º	Alteração	§ 4º As operadoras que tenham começado a operar após 31 de dezembro de 2019 serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alto aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo	Dar maior clareza ao texto, a expressão "serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade" que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

				prudencial a que pertençam.			
55530	RODARTE NOGUEIRA-CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 2º - IV	Alteração	IV – percentual de mercado: porcentagem de beneficiários com planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia, que a operadora possui no mercado relevante, conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br), por meio do Atlas Econômico-Financeiro;	Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador, inserindo que a análise será realizada considerando a publicação de mercado relevante divulgada por meio do Atlas Econômico-financeiro.	Acatada	Sugestão acatada. O inciso IV do art 2º passaria a conter a seguinte redação: "(...) conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (https://www.gov.br/ans/pt-br) <u>por meio do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar;</u> " (trecho grifado doravante acrescido)
55531	RODARTE NOGUEIRA-CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 4º - § 3º - III	Alteração	III – no caso de administradoras de benefícios, quando não enquadradas em S1 ou S2, que possuem receitas iguais ou superiores	Dar maior clareza ao texto.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.

				a 0,01% do total de receitas de todo o setor de saúde suplementar;			
55532	RODARTE NOGUEIRA-CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 4º - § 3º - V	Alteração	V - no caso de autogestões por recursos humanos (RH) ou com mantenedor, que possuem 50.000 (cinquenta mil) ou mais beneficiários de planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia.	Melhoria de redação.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.
55533	RODARTE NOGUEIRA-CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 4º - § 6º	Alteração	§ 6º As operadoras que iniciarem suas operações após a entrada em vigor desta Resolução serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alta aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo prudencial a que pertençam.	Dar maior clareza ao texto, a expressão “serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade” que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

55535	RODARTE NOGUEIRA- CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 5º - I	Alteração	I - para segmento de numeração sequencial superior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 2 (dois) anos consecutivos; ou	Melhoria de redação. De acordo com o texto proposto pela ANS, as operadoras poderão ser reclassificadas, por exemplo, de S1 para S2 (segmento de numeração sequencial mais alto), se elas apresentarem uma melhora em seu indicador por dois 2 (dois) anos.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de maior risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.
55536	RODARTE NOGUEIRA- CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 5º - II	Alteração	II - para segmento de numeração sequencial inferior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 3 (três) anos consecutivos; ou	Melhoria de redação.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

55537	RODARTE NOGUEIRA- CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 9º	Alteração	DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS	Melhoria de Redação.	Acatada	Ajuste em erro de digitação incorporado.
55538	RODARTE NOGUEIRA- CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 9º - § 4º	Alteração	§ 4º As operadoras que tenham começado a operar após 31 de dezembro de 2019 serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alto aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo prudencial a que pertencam.	Dar maior clareza ao texto, a expressão “serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade” que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foram alteradas para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

55540	UNIMED DE LINS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Art. 1º	Alteração	Sugerimos que a consulta pública em questão seja republicada, dessa vez com o complemento das informações sobre a classificação dos mercados relevantes que serão utilizados pela ANS para avaliação das Operadoras e como cada Operadora será relacionada com um ou mais mercados relevantes.	Não conseguimos compreender como a ANS vai relacionar cada Operadora a cada Mercado, não nos parece que seja apenas pelo critério geográfico. Outro ponto é que a ANS cita que a princípio essa reclassificação não tem efeito normativo, mas isso também merece crítica, pois qualquer ato normativo para ser avaliado precisamos conhecer, ou pelo menos poder antecipar, as consequências e o efeito prático.	Acatada parcialmente	A metodologia atual de delimitação de mercados relevantes é utilizada pela ANS desde a publicação do novo Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar em junho de 2020. Através dela, são delimitados os mercados na dimensão de produto (individual ou familiar, coletivo por adesão e coletivo empresarial) e geográfica. A associação de uma operadora a um determinado mercado depende da sua atuação nele, ou seja, depende da existência de beneficiários da operadora no mercado em questão. Qualquer atualização ou alteração da metodologia utilizada será divulgada pela ANS em seu sítio institucional na Internet (https://www.gov.br/ans/pt-br) através do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. Quanto ao impacto disso na classificação da operadora, a proposta de RN já apresenta regra específica no capítulo III sobre alteração de enquadramento a fim de garantir a adequada previsibilidade para o setor regulado. E, por último, quanto ao "efeito normativo" da classificação, de fato, essa norma não cria nenhuma mudança de ordem prática para as operadoras. Qualquer norma que vier a ser criada ou alterada lançando mão dessa classificação terá seu próprio ciclo de discussão, publicação e transição para que o setor se adapte.
55541	ABERTTA SAÚDE	Art. 2º - I	Alteração	I – Receita: receitas com operações de assistência à saúde subtraído o montante de tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora nos últimos 12 meses,	Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador. O termo "receita total" pode indicar se tratar da conta contábil 3, todavia, analisando a Relatório Técnico, observamos que a ANS indica que seria a conta 31 deduzido o valor da 321.	Não acatada	A variável a ser considerada de fato é a "receita total" (conta contábil "3" do DIOPS), não a "receita com contraprestações" (conta 31 somada da conta 321 - esta de valor negativo -, igualmente do DIOPS). O Relatório Técnico será ajustado, sendo editada nova versão final, para contemplar a correção de erro formal indicado.

				incluindo o mês de cálculo.		
55542	ABERTTA SAÚDE	Art. 2º - III	Alteração	<p>III – mercado relevante: menor espaço econômico em que o poder de mercado pode ser exercido por um agente econômico ou um grupo de agentes agindo de forma coordenada, durante um horizonte temporal, conforme identificado pela metodologia da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e publicado anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br), por meio do Atlas Econômico-Financeiro;</p>	<p>Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador, inserindo que a análise será realizada considerando a publicação de mercado relevante divulgada por meio do Atlas Econômico-financeiro.</p>	<p>Acatada</p> <p>O inciso III do art. 2º passa a conter a seguinte redação: "(...) conforme identificado pela metodologia da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e publicado anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet https://www.gov.br/ans/pt-br) <u>por meio do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar;</u>" (trecho grifado doravante acrescido)</p>

55543	ABERTTA SAÚDE	Art. 2º - IV	Alteração	IV – percentual de mercado: porcentagem de beneficiários com planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia, que a operadora possui no mercado relevante, conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br), por meio do Atlas Econômico-Financeiro;	Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador, inserindo que a análise será realizada considerando a publicação de mercado relevante divulgada por meio do Atlas Econômico-financeiro.	Acatada	Sugestão acatada. O inciso IV do art. 2º passaria a conter a seguinte redação: "(...) conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (https://www.gov.br/ans/pt-br) <u>por meio do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar;</u> " (trecho grifado doravante acrescido)
55544	ABERTTA SAÚDE	Art. 4º - § 3º - III	Alteração	III – no caso de administradoras de benefícios, quando não enquadradas em S1 ou S2, que possuem receitas iguais ou superiores a 0,01% do total de receitas de todo o setor de saúde suplementar;	Dar maior clareza ao texto.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.

55545	ABERTTA SAÚDE	Art. 4º - § 3º - V	Alteração	V - no caso de autogestões por recursos humanos (RH) ou com mantenedor, que possuem 50.000 (cinquenta mil) ou mais beneficiários de planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia.	Melhoria de redação.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.
55546	ABERTTA SAÚDE	Art. 4º - § 6º	Alteração	§ 6º As operadoras que iniciarem suas operações após a entrada em vigor desta Resolução serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alta aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo prudencial a que pertençam.	Dar maior clareza ao texto, a expressão “serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade” que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foram alteradas para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

55548	ABERTTA SAÚDE	Art. 5º - I	Alteração	I - para segmento de numeração sequencial superior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 2 (dois) anos consecutivos; ou	Melhoria de redação. De acordo com o texto proposto pela ANS, as operadoras poderão ser reclassificadas, por exemplo, de S1 para S2 (segmento de numeração sequencial mais alto), se elas apresentarem uma melhora em seu indicador por dois 2 (dois) anos.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de maior risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.
55549	ABERTTA SAÚDE	Art. 5º - II	Alteração	II - para segmento de numeração sequencial inferior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 3 (três) anos consecutivos; ou	Melhoria de redação.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.
55550	ABERTTA SAÚDE	Art. 8º - § 3º	Alteração	DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS	Melhoria de Redação.	Acatada	Ajuste em erro de digitação incorporado.

55551	ABERTTA SAÚDE	Art. 9º - § 4º	Alteração	<p>§ 4º As operadoras que tenham começado a operar após 31 de dezembro de 2019 serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alto aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo prudencial a que pertençam.</p>	<p>Dar maior clareza ao texto, a expressão “serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade” que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.</p>	Acatada	<p>Para conferir maior clareza à expressão, foram alteradas para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.</p>
55553	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 2º - I	Alteração	<p>I – Receita: receitas com operações de assistência à saúde subtraído o montante de tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo.</p>	<p>Justificativa: Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador. O termo “receita total” pode indicar se tratar da conta contábil 3, todavia, analisando a Relatório Técnico, observamos que a ANS indica que seria a conta 31 deduzido o valor da 321.</p>	Não acatada	<p>A variável a ser considerada de fato é a "receita total" (conta contábil "3" do DIOPS), não a "receita com contraprestações" (conta 31 somada da conta 321 - esta de valor negativo -, igualmente do DIOPS). O Relatório Técnico será ajustado, sendo editada nova versão final, para contemplar a correção de erro formal indicado.</p>

55554	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 2º - III	Alteração	<p>III - – mercado relevante: menor espaço econômico em que o poder de mercado pode ser exercido por um agente econômico ou um grupo de agentes agindo de forma coordenada, durante um horizonte temporal, conforme identificado pela metodologia da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e publicado anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br), por meio do Atlas Econômico-Financeiro;</p>	<p>Justificativa: Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador, inserindo que a análise será realizada considerando a publicação de mercado relevante divulgada por meio do Atlas Econômico-financeiro.</p>	Acatada	<p>O inciso III do art 2º passa a conter a seguinte redação: "(...) conforme identificado pela metodologia da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e publicado anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (https://www.gov.br/ans/pt-br) <u>por meio do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar;</u>" (trecho grifado doravante acrescido)</p>
-------	--	---------------	-----------	--	--	---------	--

55555	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 2º - IV	Alteração	IV – percentual de mercado: porcentagem de beneficiários com planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia, que a operadora possui no mercado relevante, conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (www.ans.gov.br), por meio do Atlas Econômico-Financeiro;	Justificativa: Dar maior clareza ao critério utilizado para cálculo do indicador, inserindo que a análise será realizada considerando a publicação de mercado relevante divulgada por meio do Atlas Econômico-financeiro.	Acatada	Sugestão acatada. O inciso IV do art 2º passaria a conter a seguinte redação: "(...) conforme definição da metodologia da DIOPE publicada anualmente pela ANS em seu sítio institucional na Internet (https://www.gov.br/ans/pt-br) <u>por meio do Atlas Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar;</u> " (trecho grifado doravante acrescido)
55556	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 4º - § 3º - III	Alteração	III – no caso de administradoras de benefícios, quando não enquadradas em S1 ou S2, que possuem receitas iguais ou superiores a 0,01% do total de receitas de todo o setor de saúde suplementar;	Justificativa: Dar maior clareza ao texto.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.

55557	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 4º - § 3º - V	Alteração	Alteração Texto Proposto: V - no caso de autogestões por recursos humanos (RH) ou com mantenedor, que possuem 50.000 (cinquenta mil) ou mais beneficiários de planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia.	Justificativa: Melhoria de redação.	Acatada	Redação ajustada, conforme contribuição.
55560	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 4º - § 6º	Alteração	Alteração Texto Proposto: § 6º As operadoras que iniciarem suas operações após a entrada em vigor desta Resolução serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alta aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo prudencial a que pertençam.	Justificativa: Dar maior clareza ao texto, a expressão "serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade" que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foram alteradas para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

55562	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 5º - I	Alteração	I - para segmento de numeração sequencial superior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 2 (dois) anos consecutivos; ou	Justificativa: Melhoria de redação. De acordo com o texto proposto pela ANS, as operadoras poderão ser reclassificadas, por exemplo, de S1 para S2 (segmento de numeração sequencial mais alto), se elas apresentarem uma melhora em seu indicador por dois 2 (dois) anos.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de maior risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.
55563	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 5º - II	Alteração	Alteração Texto Proposto: II - para segmento de numeração sequencial inferior em relação ao atual, quando a operadora, individualmente ou em conjunto com outras operadoras do mesmo grupo prudencial, conforme disposto no art. 3º, atender ao disposto no art. 4º desta Resolução por 3 (três) anos consecutivos; ou	Justificativa: Melhoria de redação.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco em relação ao atual". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.

55564	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 9º - § 4º	Alteração	Alteração Texto Proposto: § 4º As operadoras que tenham começado a operar após 31 de dezembro de 2019 serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais alto aplicável à sua modalidade, ou seja, de menor risco, ressalvada hipótese de enquadramento automático em função do grupo prudencial a que pertençam.	Justificativa: Dar maior clareza ao texto, a expressão "serão enquadradas no segmento de numeração sequencial mais baixa aplicável à sua modalidade" que pode levar ao entendimento de que todas as novas OPS serão enquadradas no segmento de maior risco.	Acatada	Para conferir maior clareza à expressão, foi alterada para "segmento de menor risco". Ademais, foi inserida definição no novo § 7º do art. 4º da proposta de RN. Quanto mais baixa a sequência do segmento (S1, S2, S3 ou S4), menor seu risco considerado.
55507	CERTIFICA CONTABILIDADE AUDITORIA E ACREDITAÇÃO LTDA	Art. 1º	Inclusão	Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação das operadoras de plano de assistência à saúde para fins de aplicação proporcional da regulação prudencial. Parágrafo único. A ANS, no âmbito de suas atribuições, poderá estabelecer os requisitos prudenciais e os reportes regulatórios	A Classificação de cada operadora será possível o direcionamento de regulamentos adequado para cada operadora conforme a receita total do período.	N/A	O texto proposto é igual ao original

			aplicáveis a cada segmento.			
--	--	--	-----------------------------	--	--	--

55508	CERTIFICA CONTABILIDADE AUDITORIA E ACREDITAÇÃO LTDA	Art. 3º	Inclusão	<p>Art. 3º O enquadramento da operadora nos segmentos definidos nesta Resolução terá por base: I - caso a operadora pertença a um grupo prudencial, os parâmetros de aferição consolidados do respectivo grupo prudencial; ou II - caso contrário, os parâmetros de aferição individuais da operadora, observadas as normas contábeis estabelecidas pela ANS. § 1º Para fins do disposto no inciso I do caput, os parâmetros de aferição consolidados serão apurados pela soma dos parâmetros de aferição individuais de cada operadora integrante do grupo prudencial, observadas as normas contábeis estabelecidas pela ANS e os ajustes</p>	<p>As definições do artigo contidas no art. 3 classificam e definem o grupo prudencial, e fará com que operadoras que contém várias unidades sejam enquadradas no mesmo grupo e assim, tenham a mesma aplicação proporcional da regulação prudencial.</p>	Não acatada	<p>O objetivo do art. 3º é justamente possibilitar que operadoras que pertençam a um mesmo grupo prudencial sejam tratadas da mesma forma no âmbito da regulação prudencial. A regra tem por fim mitigar o risco de contágio de operadoras dentro de mesmo grupo prudencial, bem como evitar a arbitrariedade regulatória.</p>
-------	--	---------	----------	--	---	-------------	--

				estabelecidos neste artigo. § 2º No caso de odontologias de grupo e cooperativas odontológicas, seus parâmetros de aferição não cumularão com os de operadoras médico-hospitalares, com ou sem odontologia, e de administradoras de benefícios do grupo prudencial que compartilham o controle, para fins de consolidação.			
55516	UNIMED DO BRASIL	Art. 4º	Inclusão	V – Segmento 5 (5) - COOPERATIVAS MÉDICAS	Característica específica das Cooperativas Médicas que, por conta dos efeitos da Resolução Normativa nº 430/17, não detém a gestão deste faturamento, cuja origem, o volume e a perenidade estão fora da sua governança.	Não acatada	As operações de compartilhamento de risco não constituem fator de diferenciação estrutural entre as operadoras, a fim de justificar a criação de novo segmento. Ademais, o compartilhamento de riscos não é ferramenta restrita às cooperativas.

55517	UNIMED DO BRASIL	Art. 4º	Inclusão	<p>§7º O S5 é composto pelas Operadoras na modalidade Cooperativas Médicas por sua peculiaridade e deverão ser enquadradas, conforme disposto no artigo 3º, segundo as características observadas nas normas contábeis estabelecidas pela ANS e os seguintes ajustes: I - Desconsiderar no cálculo da receita total, para fins de enquadramento, a parcela da corresponsabilidade assumida, característica específica das Cooperativas Médicas que, por conta dos efeitos da Resolução Normativa nº 430/17, não detém a gestão deste faturamento, cuja origem, o volume e a perenidade estão</p>	<p>Característica específica das Cooperativas Médicas que, por conta dos efeitos da Resolução Normativa nº 430/17, não detém a gestão deste faturamento, cuja origem, o volume e a perenidade estão fora da sua governança.</p>	Não acatada	<p>As operações de compartilhamento de risco não constituem fator de diferenciação estrutural entre as operadoras, a fim de justificar a criação de novo segmento. Ademais, o compartilhamento de riscos não é ferramenta restrita às cooperativas.</p>
-------	------------------	---------	----------	--	---	-------------	---

				fora da sua governança. Ademais, deve ser considerado, ainda, o impacto sobre esta receita, quando da apuração do fator de risco de crédito.			
55524	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 4º - § 6º	Inclusão	§6-Aº os segmentos S1, S2, S3 e S4 seguem ordem decrescente de risco.	Deixar claro que as operadoras classificadas no S1 são as de maior risco, de forma a trazer clareza para o texto proposto no §6º deste artigo. Definição inclusive citada na Relatório Técnico, item 5.2.	Acatada	A sugestão foi acatada, sendo incluído o texto proposto no Art. 3º § 7º.

55529	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA AMAGIS	Art. 9º - § 4º	Inclusão	§5º As operadoras que, para atendimento aos seus beneficiários e que realizam operações de corresponsabilidade pela gestão de riscos, nos termos do inciso I do art. 3º da RN nº 430, de 7 de dezembro de 2017, deverão considerar o valor absoluto do montante de contraprestação de corresponsabilidade, registrado nas demonstrações econômico-financeiras para o ano de 2020 e 2021, no cálculo da receita total, definida no inciso I do artigo 2º desta RN.	Considerando a regra vigente do plano de contas padrão da ANS, as despesas referentes à corresponsabilidade cedida são inseridas como redutoras de receita de contraprestação. Dessa forma, a inclusão desse § demonstra a necessidade de ajuste no cálculo para 2020 e 2021. Considerando as propostas de alteração do plano de contas padrão prevista para 2022, essa correção não será mais necessária a partir de 2022.	Acatada	Vide seção 4 deste Relatório.
55534	RODARTE NOGUEIRA-CONSULTORIA EM ESTATÍSTICA E ATUARIA	Art. 4º - § 6º	Inclusão	§6-Aº os segmentos S1, S2, S3 e S4 seguem ordem decrescente de risco.	Deixar claro que as operadoras classificadas no S1 são as de maior risco, de forma a trazer clareza para o texto proposto no §6º deste artigo. Definição inclusive citada na Relatório Técnico, item 5.2.	Acatada	A sugestão foi acatada, sendo incluído o texto proposto no Art. 3º § 7º.

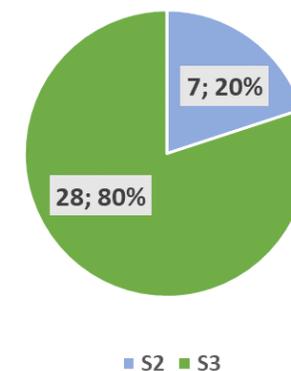
55539	RODARTE NOGUEIRA- CONSULTORIA EM ESTATISTICA E ATUARIA	Art. 9º	Inclusão	§5º As operadoras que, para atendimento aos seus beneficiários e que realizam operações de corresponsabilidade pela gestão de riscos, nos termos do inciso I do art. 3º da RN nº 430, de 7 de dezembro de 2017, deverão considerar o valor absoluto do montante de contraprestação de corresponsabilidade, registrado nas demonstrações econômico-financeiras para o ano de 2020 e 2021, no cálculo da receita total, definida no inciso I do artigo 2º desta RN.	Considerando a regra vigente do plano de contas padrão da ANS, as despesas referentes à corresponsabilidade cedida são inseridas como redutoras de receita de contraprestação. Dessa forma, a inclusão desse § demonstra a necessidade de ajuste no cálculo para 2020 e 2021. Considerando as propostas de alteração do plano de contas padrão prevista para 2022, essa correção não será mais necessária a partir de 2022.	Acatada	Vide seção 4 deste Relatório.
55547	ABERTTA SAÚDE	Art. 4º - § 6º	Inclusão	§6-Aº os segmentos S1, S2, S3 e S4 seguem ordem decrescente de risco.	Deixar claro que as operadoras classificadas no S1 são as de maior risco, de forma a trazer clareza para o texto proposto no §6º deste artigo. Definição inclusive citada na Relatório Técnico, item 5.2.	Acatada	A sugestão foi acatada, sendo incluído o texto proposto no Art. 3º § 7º.

5552	ABERTTA SAÚDE	Art. 9º	Inclusão	<p>§5º As operadoras que, para atendimento aos seus beneficiários e que realizam operações de corresponsabilidade pela gestão de riscos, nos termos do inciso I do art. 3º da RN nº 430, de 7 de dezembro de 2017, deverão considerar o valor absoluto do montante de contraprestação de corresponsabilidade, registrado nas demonstrações econômico-financeiras para o ano de 2020 e 2021, no cálculo da receita total, definida no inciso I do artigo 2º desta RN.</p>	<p>Considerando a regra vigente do plano de contas padrão da ANS, as despesas referentes à corresponsabilidade cedida são inseridas como redutoras de receita de contraprestação. Dessa forma, a inclusão desse § demonstra a necessidade de ajuste no cálculo para 2020 e 2021. Considerando as propostas de alteração do plano de contas padrão prevista para 2022, essa correção não será mais necessária a partir de 2022.</p>	Acatada	Vide seção 4 deste Relatório.
------	---------------	---------	----------	--	--	---------	-------------------------------

55565	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 9º - § 4º	Inclusão	<p>Inclusão Texto Proposto: §5º As operadoras que, para atendimento aos seus beneficiários e que realizam operações de corresponsabilidade pela gestão de riscos, nos termos do inciso I do art. 3º da RN nº 430, de 7 de dezembro de 2017, deverão considerar o valor absoluto do montante de contraprestação de corresponsabilidade, registrado nas demonstrações econômico-financeiras para o ano de 2020 e 2021, no cálculo da receita total, definida no inciso I do artigo 2º desta RN.</p>	<p>Justificativa: Considerando a regra vigente do plano de contas padrão da ANS, as despesas referentes à corresponsabilidade cedida são inseridas como redutoras de receita de contraprestação. Dessa forma, a inclusão desse § demonstra a necessidade de ajuste no cálculo para 2020 e 2021. Considerando as propostas de alteração do plano de contas padrão prevista para 2022, essa correção não será mais necessária a partir de 2022.</p>	Acatada	Vide seção 4 deste Relatório.
-------	--	----------------	----------	---	---	---------	-------------------------------

55558	Art. 1º	Inclusão	<p>Sugestão: Incluir regra normativa que estabeleça o seguinte: Para os créditos de operações não relacionadas com planos de assistência à saúde, em havendo pelo menos uma parcela vencida do contrato há mais de 90 (noventa) dias, a totalidade do crédito referente ao contrato deve ser provisionada, ficando excetuadas dessa regra as operadoras de planos privados de assistência à saúde, que forem diretamente vinculadas às Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, em relação aos créditos/receitas advindos de emendas, resoluções e, notadamente, do convênio com o SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.</p>	<p>1) Existem alguns aspectos normativos no âmbito regulatório da ANS que, por várias razões, merecem ser revistos e alterados como forma de justiça ao árduo e imenso trabalho desenvolvido pelas Santas Casas e Hospitais Filantrópicos brasileiros. Todas as Instituições Filantrópicas que atuam na área de saúde têm grande parte de suas receitas advindas de créditos de emendas resoluções e, notadamente do Convênio com o SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Também é de conhecimento público que a tabela praticada por aquela autarquia, para remuneração da prestação destes serviços pelas Instituições Filantrópicas, apresenta uma grande defasagem. Acrescente-se, ainda, que pagamentos referentes aos ressarcimentos de custos são realizados com atrasos. Como forma de minimizar a escassez de recursos, decorrente muito mais desses aspectos relacionados a gestão pública, muitas dessas entidades incluíram em seus estatutos a possibilidade de exercerem a atividade de operação de planos de saúde, passando a observar, no caso específico, as normativas da ANS. Esses planos de saúde, na maior parte das vezes, são comercializados no âmbito regional, na esfera de atuação daqueles hospitais, de forma mais econômica para os usuários/segurados. O ponto importante/relevante é que muitos desses planos de saúde são comercializados pelos hospitais</p>	Parcialmente Acatada	<p>Primeiro, cabe repisar que a normativa proposta cria tão somente uma nova classificação de operadoras. Com base na nova classificação, a ANS poderá revisar, progressivamente, todas as suas normas econômico-financeiras. Portanto, a norma proposta não tem como objeto alterar, imediatamente, qualquer outra norma da ANS. Quaisquer futuras revisões normativas nas normas econômico-financeiras feitas com o uso de nova classificação serão submetidas aos devidos trâmites de participação social e respeitarão cabíveis exigências de ARR ou AIR.</p> <p>Outrossim, esclarece-se que alterações na fórmula de cômputo de receita que implicassem em incremento da receita total da operadora tenderiam a igualmente aumentar o risco considerado da operadora, conforme proposta desta CP. Lembra-se que operadoras em segmentos de menor risco prudencial constituiriam o foco privilegiado de simplificação regulatória, em segunda etapa de revisão de normas prudenciais.</p> <p>Por fim, apresenta-se a distribuição de operadoras filantrópicas pelos segmentos da proposta, com base em dados do 2º trimestre de 2020 (mesmos dados avaliados no relatório técnico apresentado nesta CP):</p> <p style="text-align: center;">Figura 6 – Número total e percentual de operadoras filantrópicas, por segmentos, conforme proposta da CP 87:</p>
-------	---------	----------	---	--	----------------------	--

filantrópicos sob a mesma inscrição cadastral (CNPJ), não havendo distinção de personalidade jurídica entre hospital e plano de saúde. Nesses casos, os balanços das instituições retratam as operações próprias das atividades hospitalares e do plano de saúde, contemplando todas as receitas, despesas, convênios (incluindo SUS), créditos de emendas, resoluções etc. Todos os que, de alguma forma, conhecem a matéria sabem que nos últimos anos não houve evolução real no volume de recursos aplicados pelo sistema público de saúde, que foram represados e não repassados integralmente para as Santas Casas e hospitais filantrópicos. Também é de conhecimento público que a tabela praticada por aquela autarquia, para remuneração da prestação destes serviços pelas Instituições Filantrópicas, apresenta uma grande defasagem. Acrescente-se, ainda, que pagamentos referentes aos ressarcimentos de custos são realizados com atrasos, em prazos muito superiores a 90 dias. A RN 435/2018, da ANS, no Capítulo I, de seu Anexo, em seu item 10.2 e seus respectivos subitens, fixa o procedimento a ser adotado no que tange à provisão para perdas/créditos de realização duvidosa, sem distinção de procedimento entre as grandes empresas comerciais que exploram a atividade do setor de planos de saúde e os Hospitais Filantrópicos e Santas Casas



Fonte: DIOPS. 2º trimestre de 2020.

Como se vê, 80% das filantrópicas já estão no segmento de menor risco aplicável a operadoras médico hospitalares (S3).

Por fim, não se detectou pertinência temática entre a contribuição e o objeto da consulta pública. A normativa proposta nesta CP não se relaciona ao tema de contabilidade, tampouco objetiva alterar as demais normas em vigor em função de alguma modalidade ou classificação dos entes regulados. Assim, considera-se que não foi apresentada motivação técnica que justifique sua inclusão na temática desta proposta de RN. Verifica-se ainda que tal contribuição não foi apresentada na Consulta Pública nº 85 (que tratou das normas contábeis), razão pela qual a contribuição será repassada à área responsável por referida CP .

				<p>que mantém seus planos de saúde regionalizados, com impactos sociais positivos, visando, justamente, minimizar a escassez de recursos, decorrente muito mais desses aspectos relacionados a gestão pública. Nos casos de planos de saúde dos hospitais filantrópicos e Santas Casas, a regra atual mostra-se absolutamente injusta, pois inclui a obrigatoriedade de incluírem nessa provisão os créditos de emendas, resoluções e convênios com o SUS. Isso gera grave distorção e penaliza injustamente essas Instituições Filantrópicas, vez que tais pagamentos/receitas são efetivados em prazos superiores a esse tempo descrito na referida normativa, alcançando prazos de até 18 (dezoito) meses. A obrigação de provisionamento desses valores distorce e afeta os balanços das instituições, além de impactar negativamente, de forma perversa, a análise de lastreabilidade econômico-financeira das entidades filantrópicas, que mantém seus próprios planos de saúde, por parte da ANS. É, no mínimo, um contrassenso considerar créditos dessa natureza como duvidosos e o prejuízo gerado aos hospitais filantrópicos é imenso, vez que a concorrência com os grandes planos de saúde, já bastante difícil, fica distorcida, foge da razoabilidade e gera injustiça.</p>	
--	--	--	--	---	--

55561	CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE	Art. 4º - § 6º	Inclusão	Inclusão Texto Proposto: §6-Aº os segmentos S1, S2, S3 e S4 seguem ordem decrescente de risco.	Justificativa: Deixar claro que as operadoras classificadas no S1 são as de maior risco, de forma a trazer clareza para o texto proposto no §6º deste artigo. Definição inclusive citada na Relatório Técnico, item 5.2.	Acatada	A sugestão foi acatada, sendo incluído o texto proposto no Art. 3º § 7º.
55559		Art. 1º	Inclusão	Sugestão: Incluir regra normativa que estabeleça o seguinte: Não serão admitidas reavaliações ou avaliação a valor justo como critério de avaliação desses ativos, exceto nos casos das operadoras de planos privados de assistência à saúde que atuarem no segmento de filantropia (Santas Casa e Hospitais Filantrópicos).	2) Todas as Instituições Filantrópicas que atuam na área de saúde têm grande parte de suas receitas advindas de créditos de emendas, resoluções e, notadamente do Convênio com o SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Também é de conhecimento público que a tabela praticada por aquela autarquia, para remuneração da prestação destes serviços pelas Instituições Filantrópicas, apresenta uma grande defasagem. Acrescente-se, ainda, que pagamentos referentes aos ressarcimentos de custos são realizados com atrasos. Como forma de minimizar a escassez de recursos, decorrente muito mais desses aspectos relacionados a gestão pública, muitas dessas entidades incluíram em seus estatutos a possibilidade de exercerem a atividade de operação de planos de saúde, passando a observar, no caso específico, as normativas da ANS. As entidades filantrópicas, como não poderia deixar de ser, colocam/disponibilizam a maior parte da sua capacidade instalada à disposição do SUS, com finalidade não lucrativa. Tudo isso gera significativos impactos nos fluxos de caixas das Instituições. Todas essas entidades travam uma constante batalha para	N/A	A sugestão foi acatada, sendo incluído o texto proposto no Art. 3º § 7º.

				<p>obtenção de recursos, sendo que, diante desse cenário, a contratação de eventuais captações externas, para aportes de capital, faz-se útil/necessária. Quase todas essas instituições filantrópicas possuem vasto patrimônio imobiliário. Tais patrimônios poderiam ser transformados e utilizados exclusivamente como bens para investimentos, avaliados ao valor de mercado, permitindo-se, assim, que fosse alcançado um permanente equilíbrio nos seus patrimônios sociais, sendo que as referidas entidades assim não podem assim fazê-lo por atuarem também como operadoras de planos privados de assistência à saúde.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

55566	UNIMED OPERADORA/RS	Art. 4º - § 1º	Inclusão	Sugere-se que as administradoras de benefícios tenham segmentação própria e que seja distinta das Operadoras de Plano de Saúde na minuta da RN considerando a diferença de risco que existe entre ambas. Diante da sugestão, todos os trechos em que as administradoras de benefícios sejam citadas terão o termo suprimido para que sejam contemplados de forma individual e de acordo com suas particularidades.	a - o Conselho Administrativo de Defesa Econômica não as considera como partilhando o mesmo mercado que as operadoras de planos de saúde; e b - os riscos por ela criados são maiores que os das operadoras. Essas, na inadimplência, criam problemas para os beneficiários. As administradoras para beneficiários e as operadoras.	Não acatada	A normativa proposta tem por fim criar uma nova classificação de operadoras que leva em conta seu risco prudencial. Dessa forma, foram separadas as operadoras exclusivamente odontológicas das que comercializam planos médico-hospitalares. Foram já adotados critérios específicos para as administradoras de benefícios, considerando suas particularidades de atuação. Esclarece-se que a classificação proposta tem como principal variável as receitas totais acumuladas dos últimos 12 meses das operadoras, sendo esse indicador principal que atendia com melhor transparência e capacidade de síntese da “volumetria” financeira da operação do ponto de vista prudencial. Além disso, é abrangente uma vez que é possível utilizar esse critério para diferentes modalidades, classificando-as em uma única métrica, comparável, sob a ótica do risco sistêmico. Entende-se que a proposta apresentada já contempla, assim, o risco de inadimplência mencionado na contribuição. A metodologia de mercado relevante adotada pela ANS, igualmente, já adota as mesmas premissas referidas em relação à metodologia usada pelo CADE.
OFÍCIO 035/2021/DIREX	FENASAÚDE	Art. 6º - I	Alteração	N/A	2. Inicialmente, sugerimos que haja um prazo mínimo de doze meses para a adequação da aplicação proporcional de regulação prudencial nos casos de mudança de segmentação, em virtude de fusões e/ou aquisições. Por exemplo, a proposta apresentada sugere que a aplicação da classificação de risco ocorra no exercício seguinte. Neste contexto, casos como de aquisição ou de fusão podem gerar grande impacto no que se refere à adequação à um	Não acatada	Ao fazer a aquisições, as operadoras devem levar em conta os impactos dessa aquisição no cumprimento das regras econômico-financeiras, incluindo a classificação para fins prudenciais.

					possível “novo grau de regulação” em um curto período.		
OFÍCIO 035/2021/DIREX	FENASAÚDE	Art. 4º - § 1º	Alteração	N/A	3. Observamos que a abordagem no grau S1 não tem viés de regionalização. Entendemos que operadoras concentradas em alguma região podem dominar o respectivo mercado, mesmo não sendo S1, e, com isso, serão aplicadas menos exigências, o que dificulta as operadoras de abrangência nacional e maior porte (S1) de se inserirem na região/mercado. Sugerimos reavaliação deste aspecto da proposta.	Não acatada	O objetivo do Art. 4º - § 1º é evitar que operadoras líderes em diversos mercados sejam consideradas em um segmento entendido como de menor risco (S3), justamente pois contam com participação relevante em determinados mercados relevantes. Entende-se que para uma operadora ser considerada como S1, os critérios mais adequados são a modalidade e segmento da operadora, além da receita total nos últimos 12 meses. A questão levantada deve ser avaliada na etapa seguinte, quando a ANS revisará o estoque regulatório das regras prudenciais, naqueles casos em que sejam identificadas vantagens competitivas desproporcionais para players regionais.
OFÍCIO 035/2021/DIREX	FENASAÚDE	Art. 1º - Parágrafo único	Alteração	N/A	4. Sugerimos que a Agência desenvolva esclarecimentos quanto aos critérios de riscos que irão interferir nas obrigações das operadoras. Entendemos que os critérios de regulação estariam relacionados às resoluções normativas 443 e 453. Temos dúvida se serão fracionados os critérios das normas em função da classificação (grau de regulação) da operadora. Por exemplo: o grau de maior risco cumpriria todas as exigências enquanto os de menores riscos cumpririam apenas algumas. 5. Ainda sobre o item acima, no caso de fracionamento das exigências da RN 443, questionamos se as operadoras	Acatada	A normativa proposta cria tão somente uma nova classificação de operadoras. Com base na nova classificação, a ANS poderá revisar, progressivamente, todas as suas normas econômico-financeiras (portanto, incluindo a RN 443, mas não restrita a ela; não constitui, portanto, objeto de revisão, a RN 453). Portanto, a norma proposta não tem como objeto alterar, imediatamente, qualquer outra norma da ANS. Quaisquer futuras revisões normativas nas normas econômico-financeiras feitas com o uso de nova classificação serão submetidas aos devidos trâmites de participação social e respeitarão cabíveis exigências de ARR ou AIR.

					que estejam em um grau de risco menor poderão considerar o fator reduzido no cálculo do risco de subscrição, definido pela RN 451, no cumprimento parcial da norma RN 443 em função da aplicação proporcional de regulação prudencial.		
OFÍCIO 035/2021/DIREX	FENASAÚDE	Art. 4º	Alteração	N/A	6. Sugerimos haver um critério específico para o segmento odontológico, visto que a classificação das operadoras exclusivamente odontológicas ocorre a partir da receita total. Gostaríamos também de confirmar que, ainda que a operadora odontológica faça parte de um conglomerado, serão classificadas como S3 ou S4, a depender de sua receita.	Não acatada	As operadoras exclusivamente odontológicas já possuem um critério específico de classificação, visto que o percentual de receitas utilizado é diferente o percentual utilizado para as operadoras médico-hospitalares e administradoras de benefícios. Sobre a questão do grupo prudencial, de fato as operadoras exclusivamente odontológicas não terão seus parâmetros de aferição somados aos de operadoras médico-hospitalares e administradoras de benefícios para fins de consolidação e classificação, ou seja, os parâmetros de uma operadora exclusivamente odontológica só podem ser somados aos de outras operadoras exclusivamente odontológicas do mesmo grupo prudencial e elas só podem ser classificadas no S3 ou S4.
OFÍCIO 035/2021/DIREX	FENASAÚDE	Art. 4º	Alteração	N/A	7. Observamos que é relevante haver avaliação das operadoras de pequeno porte, tendo em vista os objetivos da segmentação. Ainda que esta faça parte de um grupo econômico com outra operadora de grande porte, a FenaSaúde entende que deve haver critérios diferentes para fins de segmentação.	Não acatada	Em termos prudenciais, o risco é do grupo e, por isso, deve ser o mesmo para todas as operadoras que façam parte do mesmo grupo prudencial. Uma regulação que não contemple isso geraria um estímulo à cisão de empresas grandes em diversas pequenas. A regra tem por fim mitigar o risco de contágio de operadoras dentro de mesmo grupo prudencial, bem como evitar a arbitrariedade regulatória.

OFÍCIO 035/2021/DIREX	FENASAÚDE	Art. 4º	Alteração	N/A	<p>8. Assim como a classificação sugerida pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) que leva em consideração provisões técnicas, entendemos ser importante que a matriz multicritério de classificação de OPS de planos de saúde, sugerida por esta autarquia, também considere o percentual das provisões técnicas em relação ao total de provisões técnicas do mercado supervisionado.</p>	Não acatada	<p>Não há justificativa técnica para aumentar a complexidade do modelo. De fato, na regulamentação de proporcionalidade da Susep, são consideradas as informações a respeito de provisões técnicas, adicionalmente às que tratam das receitas. No entanto, a depender do setor em que esteja inserida a supervisionada da Susep (Seguros de Danos, Seguros de Pessoas, Previdência, Capitalização e Resseguro), a discrepância entre a ordem de grandeza das provisões acumuladas e as receitas anuais pode ser de grande monta. Assim, nos referidos mercados, o uso somente da receita poderia causar distorções relevantes na classificação de companhias que operem em regime de capitalização, onde exista grande acúmulo de provisões. Nesses casos, ainda que tais sociedades não representem parcela da receita suficientemente grande para serem classificadas no segmento de maior risco, o volume de provisões acumulado requer atenção regulatória máxima, o que não ocorre no mercado de saúde suplementar, onde o uso somente da receita não trará distorções, quando comparado ao uso concomitante das variáveis de receita e total de provisões.</p> <p>No setor de saúde suplementar, em geral as provisões são de prazo mais curto, e detêm comportamento semelhante ao apresentado pelas receitas de cada companhia, não sendo esperadas no mercado de planos de saúde os marcantes comportamentos diferenciados observados nos mercados regulados da Susep, não se justificando então o aumento de complexidade do modelo com a inclusão de mais uma variável.</p>
--------------------------	-----------	---------	-----------	-----	--	-------------	--