

PROCESSO Nº: 33910.000081/2017-91

NOTA TÉCNICA Nº 7/2017/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE

INTERESSADO:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

ASSUNTO:

COMPARTILHAMENTO DA GESTÃO DE RISCOS

Trata-se de proposta de normativo que versa sobre as operações de compartilhamento de riscos na saúde suplementar e outras alterações, com vistas a contemplar os efeitos dessas operações nas respectivas normas alteradas.

Em linhas gerais, a minuta de normativo prevê a possibilidade de compartilhamento de riscos envolvendo operadoras por meio de corresponsabilidade para oferta conjunta de planos, corresponsabilidade para atendimento ao beneficiário e constituição de programas ou fundos especiais para custeio de despesas assistenciais.

Além disso, são contemplados no presente normativo os efeitos esperados da contratação de seguros e resseguros por operadoras nas exigências de ativos garantidores e de margem de solvência.

As propostas apresentadas levam em consideração subsídios colhidos sobre o tema na Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos, deliberada na 458ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada (DICOL) de 25 de janeiro de 2017, e que contou com a participação de representantes das Diretorias e Procuradoria Geral da ANS e das diversas modalidades de operadoras, dos auditores independentes e de atuários que atuam no setor.

1) MOTIVAÇÃO

Todas as empresas enfrentam riscos inerentes às suas atividades. Segundo IBGC, tais riscos podem ser classificados conforme sua natureza em riscos estratégicos, operacionais e financeiros ^[1].

Não por acaso, as regras prudenciais publicadas pela ANS já contemplam a quantificação de alguns dos riscos a que uma operadora está exposta como parâmetros para apuração da sua necessidade de capitalização e manutenção da sua solvência ^[2].

Porém, é importante ter em mente que todas as contratações ou acordos entre empresas implicam na assunção de riscos para ambas as partes à medida que eventual descumprimento, ou o cumprimento inadequado das condições pactuadas podem gerar perdas financeiras e eventualmente comprometer a continuidade das respectivas atividades. Logo, quando uma operadora estabelece relacionamento jurídico com outra operadora com vistas a otimizar ou mesmo viabilizar sua operação em determinada localidade, está sujeita a outros riscos além daqueles já inerentes à operação específica de planos de saúde que podem trazer efeitos positivos ou negativos para sua solvência dependendo da forma que são geridos.

Como identificado pela ANS em estudos anteriores, as operadoras de planos privados de assistência à saúde já mantinham relacionamento entre elas anteriormente à Lei nº 9.656, de 1998, como forma de mitigar os riscos a que estão expostas por conta das obrigações contratualmente assumidas com seus beneficiários, seja por conta da escassez de oferta de serviços de saúde médico, odontológicos e/ou hospitalares em algumas regiões do País; seja pela necessidade de pulverização dos riscos financeiros advindos dos contratos; ou mesmo como forma de viabilizar operacional e comercialmente a sua atuação em determinadas regiões.

Embora reconheça-se o potencial benefícios das operações de compartilhamento de riscos envolvendo operadoras para tornar viáveis o acesso e o atendimento dos beneficiários em determinadas localidades, bem como sua contribuição para a diluição dos riscos financeiros e fortalecimento da solvência das operadoras, tais mecanismos envolvem diversos aspectos e situações que não estão reunidas de forma específica na regulamentação vigente. Assim, a DICOL determinou a instalação de Câmara Técnica para aprofundar os estudos sobre o tema, sob a coordenação da DIOPE, com os seguintes objetivos:

- Definição de arcabouço regulatório para tratar dos mecanismos de compartilhamento de riscos com o intuito de possibilitar arranjos entre operadoras que fortaleçam a solvência do setor e garantam a continuidade da assistência aos beneficiários em modelos de negócio mais sustentáveis;
- Definição de regras contábeis adequadas às operações de compartilhamento de riscos, bem como eventuais aprimoramentos da regulamentação das exigências de provisões técnicas, ativos garantidores e margem de solvência;
- Definição de regulação mínima para “fundos solidários de risco” e outros mecanismos que possam diluir riscos financeiros e fortalecer a solvência do setor com o intuito de preservar a continuidade do atendimento aos beneficiários;
- Proporcionar mais transparência aos contratantes de operadoras de planos de saúde, sejam eles coletivos ou individuais, acerca de eventuais arranjos que impliquem em compartilhamento de riscos para viabilizar o cumprimento das obrigações das operadoras

2) AS REUNIÕES DA CÂMARA TÉCNICA DE COMPARTILHAMENTO DE RISCOS

Foram realizadas 5 reuniões da câmara técnica, coordenadas pela DIOPE, entre 06 de março e 13 de setembro de 2017, com a participação de representantes indicados pelas Diretorias e Procuradoria Geral da ANS e de representantes indicados pelos segmentos de operadoras que atuam no setor, administradoras de benefícios, atuários, auditores independentes e resseguradoras, com vistas a alinhar conhecimentos sobre as operações já existentes, avaliar aspectos que deveriam ser objeto de regulamentação sobre o tema no setor e colher contribuições e subsídios para tal.

Para fins de retomada das discussões, tomou-se por base os conhecimentos acumulados nos estudos anteriores, constantes da NOTA TÉCNICA Nº 2/2017/GEHAE/GGAME/DIOPE/ANS, que fundamentou abertura da câmara técnica, em especial os 2 modelos de negócios mapeados na agenda regulatória 2013/2014.

A proposta apresentada pela DIOPE aos representantes consistia no desenvolvimento de uma regulamentação de diretrizes gerais sobre o tema que facilitasse a definição adequada de registro contábil das operações, ampliasse a segurança para os instrumentos jurídicos já utilizados pelas operadoras nos seus relacionamentos e a transparência da operação, com a definição clara sobre a responsabilidade pelos beneficiários.

Para ampliar a transparência das discussões, foram disponibilizados áudios e documentos resultantes dos trabalhos em espaço específico do portal da ANS dedicado às Câmaras e Grupos Técnicos^[3], porém apresentamos a seguir questões que merecem destaque.

Registro contábil das operações

Como é cediço, o registro das operações de uma empresa deve levar em consideração a natureza das relações contratuais que as motivam. Logo, a ausência de uma regulamentação específica sobre as operações de compartilhamento de riscos que foram objeto das discussões da CT também motivava a ausência de orientações padronizadas sobre a contabilização dessas operações no plano de contas padrão e dificultava a avaliação do seu impacto econômico-financeiro no setor pela ANS.

Além de subsídio vital para o desenvolvimento das atividades de monitoramento econômico-financeiro sob a competência da DIOPE, a padronização dos registros contábeis no plano de contas padrão da ANS é essencial para avaliar o grau de completude do TISS, ou seja, o quanto as informações enviadas por meio do TISS refletem, em termos financeiros, o total de atendimentos dos beneficiários junto à rede de prestadores.

Na verdade, tal discussão já vinha sendo objeto de atenção da comissão contábil da ANS desde a adequação do Plano de Contas Padrão às normas internacionais de contabilidade e às diretrizes emanadas pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC que resultaram na publicação da RN nº 290, de 2012, e foi inclusive objeto de contribuição anterior da FENASAUDE.

À época, só foram restaram especificadas orientações sobre o registro contábil de atendimento de beneficiários, em trânsito, na rede de outra operadora – denominado Intercâmbio Eventual, uma vez que não havia clareza sobre as operações feitas de forma continuada que envolviam, no mínimo, 2 operadoras, cada uma com relações contratuais distintas – uma(s) com vínculo com o beneficiário e outra(s) vínculo com a rede de prestadores.

As normas contábeis efetivamente publicadas definiram que *“as despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora, correspondentes a cobertura de riscos relativos a custos médicos, hospitalares e odontológicos”* deveriam ser reconhecidas contabilmente como “eventos”, sendo essa uma das principais rubricas para avaliação de sinistralidade das carteiras, exigências de garantias financeiras e avaliação do desempenho econômico-financeiro das operadoras pela DIOPE.

Tal diretriz gerou algumas dúvidas sobre como deveria ser efetuado o registro contábil de operações de compartilhamento de risco no qual o beneficiário de uma operadora utilizasse a rede de prestadores de outra operadora. Se por um lado as operadoras possuem obrigações contratuais com sua rede de prestadores, por outro lado a despesa cobrada por esse prestador poderia se referir ao atendimento de um beneficiário de outra operadora, viabilizado exatamente pelo acordo ou contrato entre as operadoras (Modelo 1).

A proposta apresentada na CT aos representantes de disciplinar minimamente os instrumentos jurídicos entre as operadoras, além de promover maior transparência da operação, também visa definir melhor as responsabilidades de cada operadora, facilitando assim a definição de como devem ser registradas as operações – exatamente o elemento central necessário para assegurar a adequada avaliação econômico-financeira das atividades das operadoras, incluindo as operações de compartilhamento de riscos existentes, em especial as que envolvem a utilização da rede de prestadores.

No que tange às questões contábeis, a DIOPE apresentou aos representantes as alternativas e impactos

de alterações do plano de contas padrão vigente, incluindo a possibilidade de não efetuar nenhuma alteração – situação em que entendia-se que há significativa incerteza sobre o volume das operações que existem no setor, dificuldade de assegurar a constituição adequada de garantias financeiras necessárias para as operadoras e eventual incompatibilidade de batimentos entre o TISS e os dados contábeis.

Os “fundos solidários de risco”

Em paralelo às reuniões da CT, a DIOPE aprofundou os estudos sobre as iniciativas que inicialmente foram denominadas como “fundos solidários de risco”. Para isso foram feitas requisições de informações aos administradores dos programas/fundos que já haviam sido identificados no âmbito do monitoramento econômico-financeiro das operadoras.

Após análise das informações coletadas, concluiu-se que tais operações, que sequer eram identificados como fundos em alguns casos, tinham como característica comum o agrupamento de operadoras para reembolso/ressarcimento de internações ou procedimentos de alto custo, auditadas por equipes regionais de regulação assistencial contratadas pela administradora do fundo, que atuam diretamente nos eventos com o objetivo de reduzir o valor das contas a partir da aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. Neste contexto, as operações teoricamente apontam para aumento de escala não só para capacidade de pagamento das contas hospitalares, mas também para os serviços de regulação de contas, uma vez que a maioria das operadoras que contribuem com os fundos agregam menos de 20 mil beneficiários e cuja estrutura interna seria limitada para acompanhamento das internações de alto custo ou complexidade.

Outro aspecto relevante das operações analisadas é que os fundos possuem sistemáticas de restrição de assunção de riscos pelo administrador do fundo por meio de limitação dos reembolsos/ressarcimentos ao total de recursos do fundo ou por meio de recomposição periódica dos recursos com pagamento do valor utilizado pelas operadoras participantes ou agravamento das contribuições. Já para as operadoras que acionem menos o fundo, poderiam ocorrer bonificações das contribuições e até mesmo devolução de valores.

Desta forma, concluiu-se que tais fundos na verdade contribuem com a estabilização e previsibilidade do fluxo de caixa das operadoras participantes, podendo auferir ainda redução de sinistralidade a partir da auditoria mais qualificada de procedimentos e internações de alto custo.

Operações baseadas em técnicas de “cosseguro”

Convidados a se manifestar sobre as diversas questões debatidas nas reuniões, os representantes dos segmentos de operadoras fizeram apresentações e trouxeram ponderações para reflexão sobre os temas, incluindo a possibilidade de novas operações baseadas em técnicas de compartilhamento de riscos existentes em outros setores regulados, no caso o “cosseguro”.

Apresentada pela Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) e pelo Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) com focos distintos – o primeiro envolvendo operadoras que atuam com planos médico-hospitalares, o segundo envolvendo operadoras médico-hospitalar e exclusivamente odontológicas – as apresentações indicaram a possibilidade um contrato composto de planos de várias operadoras e no qual seriam definidas as responsabilidades de cada operadora, com a anuência do contratante. Para a administração do contrato junto a uma pessoa jurídica contratante, deveria ser instituída a figura da operadora “líder” do contrato responsável pela sua administração.

Introdução de entidades não reguladas nas operações

Com vistas a identificar as alternativas para a saída de operadoras do setor que não consigam arcar com os custos regulatórios, mas que possam ofertar outros serviços à operação de planos de saúde das demais operadoras, a DIOPE sugeriu inicialmente a possibilidade de que a regulamentação reconhecesse a participação dessas entidades nas operações.

A primeira possibilidade aventada foi de que tais entidades pudessem atuar na intermediação de rede para operações que tivessem como objetivo viabilizar o acesso dos beneficiários de planos a serviços em determinada localidade na qual a operadora não possuía vínculo com a rede (Modelo 1). Na prática,

seria possibilitar que o papel hoje exercido por outra operadora como intermediária de rede, pudesse ser feito por uma entidade não regulada.

Para ilustrar tal possibilidade, a Federação das Unimed's do Estado do Ceará, apresentou a iniciativa organizada naquele estado para saída de operadoras que não conseguiam arcar com os custos econômicos da operação de planos e transferiram suas carteiras para a federação – que é operadora – e mantiveram-se como intermediadoras da relação das antigas redes de prestadores de cada localidade.

Conforme apresentado, independentemente das ex-operadoras cooperativas manterem um papel de interlocutoras regionais, todas as relações jurídicas com as redes foram refeitas com a Federação, que é a operadora que acabou aglutinando os beneficiários na região. Além de não suscitar eventual conflito com a legislação vigente, especialmente as regras de contratualização, a Federação afirmou que as iniciativas conseguiram aumentar a diluição dos riscos da operação com maior massificação das carteiras que antes pertenciam a várias pequenas operadoras e atualmente se encontram vinculadas em uma só, sem prejuízo da atuação das cooperativas médicas, que deixaram de ter registro na ANS.

Todavia, a introdução de eventual figura na regulação suscitaria conflitos com o arcabouço regulatório vigente. Ademais, concluiu-se que não há benefícios neste momento em incluir na regulamentação a intermediação de rede por entidades não reguladas, uma vez que a previsão da participação deste tipo de entidade na relação jurídica efetiva com a rede de prestadores não acrescentaria ganhos para as operações de compartilhamento de risco que se pretende regular.

A outra possibilidade avaliada de atuação de entidade não regulada pela ANS nas operações de compartilhamento de riscos seria aquela na qual tal entidade faria o papel de ajuda ao custeio das despesas assistenciais das operadoras (Modelo 2). Neste caso, de fato, não há óbices para que tal operação seja feita por uma seguradora ou resseguradora (observada a citada restrição imposta às contratações de resseguro diretamente pelas operadoras de planos de saúde por conta de entendimento corrente da Procuradoria Federal junto à SUSEP).

Foi também identificada a existência de federação de cooperativas, sem registro na ANS como operadora, administrando exatamente os fundos já citados na presente nota, inicialmente denominados “fundos solidários de risco” e cujo objeto seria o suporte ao custeio das despesas assistenciais das operadoras participantes do fundo.

No caso específico dessas entidades, verifica-se que na verdade elas se constituem atualmente sob a forma de Federações, cuja composição societária inclui as operadoras participantes do fundo. Tal forma de organização, smj, encontra amparo na Lei nº 5.764, de 1971 – Lei das Cooperativas^[4] e, segundo entendimento da representante do sistema Unimed, a instituição de fundos mútuos seria uma das formas de organizar em comum e maior escala os serviços econômicos das cooperativas de pequeno porte possibilitando benefícios para a continuidade das atividades das cooperativas.

Do ponto de vista regulatório, principalmente do monitoramento econômico-financeiro das atividades dos entes regulados, o foco da ANS é monitorar a solidez econômico-financeira das operadoras. Portanto, desde que não haja outro impedimento legal, a gestão de fundos constituídos pelas operadoras por outras entidades não reguladas pela ANS só nos parece ser objeto de recomendação de restrição caso a operação de fundos possa comprometer as atividades das reguladas ou caso os fundos constituídos visem à garantia financeira das operações, como é o caso dos fundos para custeio das despesas assistenciais dos beneficiários remidos – que foi objeto de maior estudo nas discussões anteriores na Agenda Regulatória 2013/2014^[5].

Utilização de seguros e resseguros no setor

Embora a ênfase do debate nas reuniões fosse a respeito das operações envolvendo operadoras, foi ampliada a divulgação do entendimento da Procuradoria da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) quanto à impossibilidade de contratação de resseguros por operadoras que não fossem

sociedades seguradoras. A representante de resseguradoras convidada (Associação Nacional de Resseguradoras Locais - ANRE) informou que algumas operadoras estavam contratando seguros no mercado segurador, garantidos por resseguros, como uma solução para contornar as restrições impostas pelo entendimento da SUSEP ao setor.

3) A PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO DAS OPERAÇÕES DE COMPARTILHAMENTO DE RISCOS

As diversas manifestações dos representantes das operadoras foram objeto de ponderações da DIOPE ao longo das reuniões da CT, fornecendo subsídios importantes para a proposta formulada na presente nota técnica e que passa a ser apresentada em seguida.

Inicialmente, vale ratificar que a proposta de regulamentação discutida com os representantes do setor foi de caráter geral e com vistas a refletir da forma mais harmônica possível as operações já existentes.

Dada a heterogeneidade das operadoras que atuam na saúde suplementar, é natural que várias dessas operações recebam diferentes denominações dependendo do segmento em que são observadas. Assim, buscou-se, na medida do possível, adequar as terminologias das operações aos conceitos identificados ao longo de todas as etapas de discussões e estudos sobre o tema, de forma a padronizar seu reconhecimento em uma regulamentação única.

Além disso, buscou-se antecipar eventuais questões mais específicas que possam surgir por conta da regra geral aqui proposta, consultando-se as demais Diretorias da ANS representadas na CT para minimizar impactos operacionais e legais.

Feitas essas considerações é importante ter em mente que boa parte das normas da ANS estabelecem obrigações, parâmetros de envio de informações, ações e responsabilidades das operadoras em função do vínculo contratual estabelecido com os beneficiários - tanto para fins de envio de informações periódicas, NIPs, parâmetros assistenciais a serem observados, processos sancionares referentes à cobertura, etc.

Apesar de tal premissa permear quase todas as exigências regulatórias estabelecidas, não é a única necessária para o monitoramento econômico-financeiro de uma operadora, à medida que eventuais riscos de atividades que, teoricamente, seriam acessórias ou integradas à operação de planos tais como manutenção de hospitais e outras estruturas de prestação de serviços de saúde constituídas no mesmo CNPJ da operadora, investimentos, participações em outras empresas, passivos trabalhistas e outras, incluindo compartilhamento de riscos, também podem comprometer a solvência de uma operadora dependendo do seu volume e relevância.

A proposta consiste inicialmente na definição de regras gerais ratificando-se as operações de compartilhamento de risco não devem alterar a responsabilidade contratual das operadoras com os seus beneficiários. Tal diretriz é essencial para fortalecer o entendimento de que essas operações devem se destinar a viabilizar economicamente a operação de planos de saúde, constituindo-se como um instrumento adicional para a gestão dos riscos associados às atividades das operadoras e não como uma forma de repassar ou transferir beneficiários no setor.

Em seguida o normativo estabelece as regras que caracterizam cada uma das operações, a saber, conforme apresentadas na última reunião:

- Corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários;
- Constituição de programas ou fundos especiais para custeio de despesas de assistência à saúde; e
- Corresponsabilidade para oferta de planos;

A proposta visa fixar ainda os principais requisitos que devem ser observados no registro contábil e divulgação das operações que trata a norma. Os dispositivos fixados são essenciais para direcionar toda a constituição de garantias financeiras das operadoras de acordo com as normas já existentes de provisões técnicas de eventos/sinistros a liquidar (PESL), provisão para eventos ocorridos e não avisados (PEONA), ativos garantidores, cálculo da margem de solvência exigida e o patrimônio a ser considerado

no caso de operações que envolvam constituição de programas ou fundos especiais.

Além dessas operações, a norma prevê ainda a equiparação dos efeitos dos seguros e resseguros contratados por operadoras nas exigências de garantias financeiras, uma vez que tais contratos também se constituem como instrumentos de pulverização dos riscos financeiros das operadoras que podem contribuir com o fortalecimento da solvência da empresa e melhor alocação de seu patrimônio.

Por fim, são elencadas as normas a serem alteradas e revogadas, conforme as fundamentações cabíveis apresentadas ao longo da presente nota.

· **CORRESPONSABILIDADE PARA ATENDIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS**

Reconhecido no âmbito dos modelos de negócio estudados na Câmara Técnica como sendo o Modelo 1, a corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários visa disponibilizar aos beneficiários de uma operadora o acesso aos serviços de assistência à saúde oferecidos pela rede de prestadores vinculada a outra operadora, de forma continuada.

Essa operação é a que mais pode ser observada no setor e geralmente é reconhecida como acordos operacionais estabelecidos para intercâmbio definitivo ou habitual, convênios de reciprocidade ou outras relações jurídicas/contratuais que recebem diversas denominações em vários segmentos e fundamentalmente tem como objeto o conceito sintetizado no parágrafo anterior.

De acordo com informações levantadas nos dados das operadoras enviados à ANS pelo TISS, pelo menos 289 operadoras informaram a utilização de seus beneficiários intermediada por rede de outra operadora.

Não há como afirmar, porém, que todas essas operadoras estabeleceram relação jurídica entre elas para atendimento continuado dos beneficiários, uma vez que há no setor a possibilidade de utilização de beneficiários na rede de prestadores de uma operadora, por um motivo não recorrente, como em casos de urgência ou emergência ou beneficiários em trânsito, por exemplo. Seriam os chamados intercâmbios eventuais, claramente definidos no plano de contas da ANS e que consistiria em um atendimento fortuito dos beneficiários.

A regra aqui proposta se aplica basicamente às situações em que há, na relação jurídica entre as operadoras, a ciência e indicação de uma operadora que os beneficiários de determinada localidade poderão utilizar a rede de outra de forma continuada. Situação em que se pode esperar inclusive a utilização de procedimentos eletivos.

Neste caso, configura-se uma espécie de terceirização do acesso à rede e no qual a operadora que detém o vínculo com o beneficiário depende em algum grau da relação jurídica da operadora com o prestador de serviços de saúde que irá potencialmente atender os beneficiários.

Conforme apontado em estudos anteriores da ANS, tais operações são motivadas pela ausência de vínculo direto da operadora contratante com prestadores em uma determinada região ao qual há demanda de acesso dos seus beneficiários e cuja contratação seria economicamente inviável ou ainda por estratégia operacional ou comercial das operadoras.

Naturalmente, de acordo com a forma que são estabelecidas tais relações entre as operadoras podem ocorrer uma série de externalidades que vão desde a dificuldade de atendimento dos beneficiários por questões operacionais como até a delegação indevida da responsabilidade pela cobertura dos beneficiários que devem ser atendidos, propiciando possível confusão inclusive quanto ao vínculo contratual, o que dificulta não só a atuação da ANS mas de qualquer órgão que busque defender o interesse das partes – operadoras, beneficiários ou prestadores.

Para mitigar o risco de surgimento dessas externalidades, a proposta apresentada busca reforçar a necessidade de preservar a transparência e identificação do vínculo contratual dos beneficiários e sua respectiva utilização na rede, com vistas a aumentar a segurança jurídica das operações e propiciar o cumprimento satisfatório das obrigações assumidas entre as operadoras e das operadoras com seus

beneficiários, prestadores e ANS, com requisitos a serem observados nos instrumentos jurídicos que estabelecem a relação das operadoras e o material institucional a ser disponibilizado pelas operadoras aos contratantes e beneficiários.

Além dos notáveis benefícios quanto à transparência e segurança jurídica das operações de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários, como já frisado na presente nota, a disciplina dos elementos mínimos propostos, é condição básica para embasar o estabelecimento de regras de registro contábil padronizadas.

Fundamentação para o registro contábil proposto

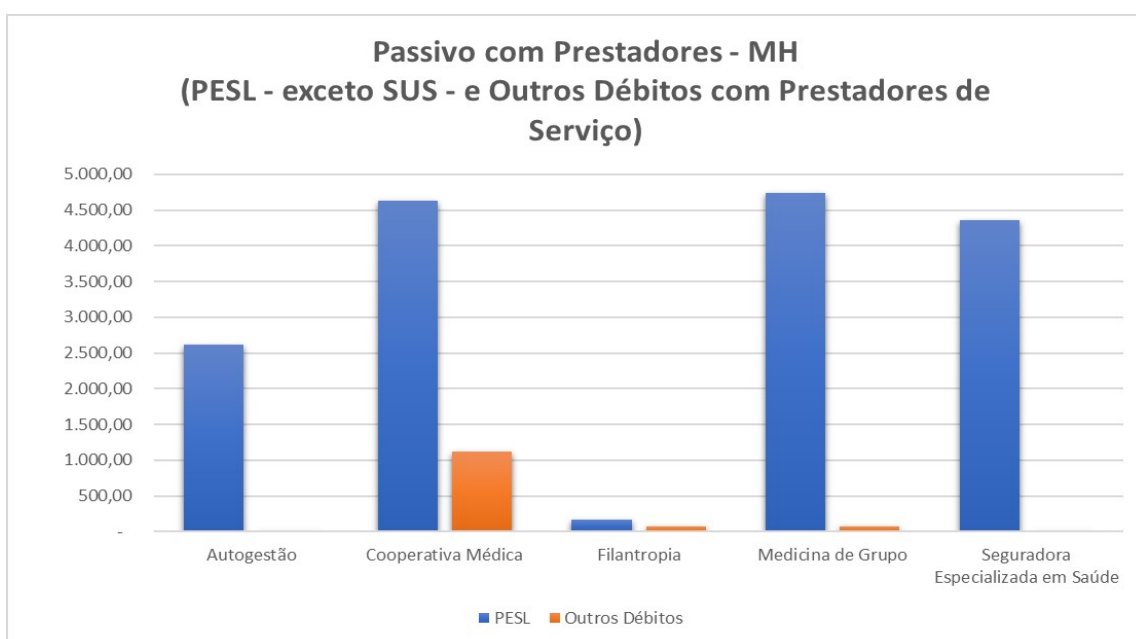
Para a definição das regras contábeis, inicialmente é preciso ter em mente que as operadoras possuem obrigações com a rede de prestadores que emergem de relações jurídicas – que são inclusive objeto de regulamentação pela ANS.

Em uma operação regular de planos de saúde, tal relação está diretamente associada a outra relação jurídica: com os beneficiários. Quando se insere uma operação de corresponsabilidade para atendimento desses beneficiários, necessariamente cria-se uma outra relação jurídica: entre operadoras.

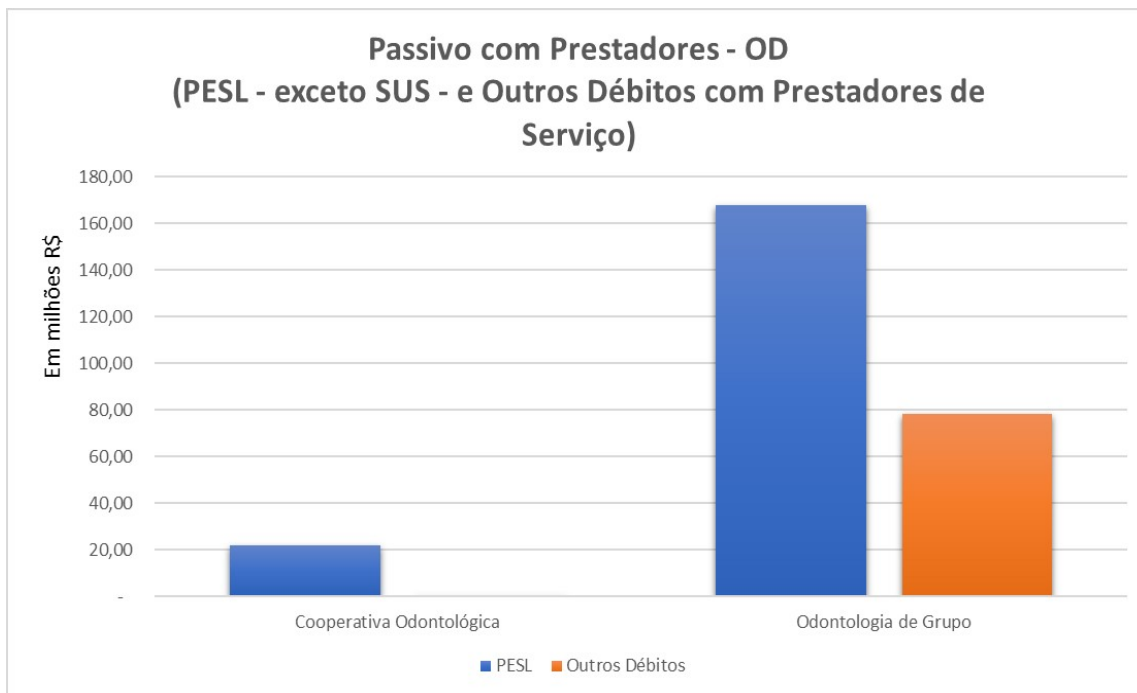
Sob esse prisma, a operação pode ser vista como uma contratação comum de prestação de serviços de outra operadora. Entretanto, do ponto de vista regulatório, não se pode esquecer que as regras prudenciais da ANS atualmente têm como base principal as obrigações das operadoras decorrentes da operação de planos – as chamadas provisões de eventos/sinistros, que possuem obrigatoriedade de ativos garantidores, e a regra de margem de margem de solvência.

Consequentemente, dada a ausência de uma orientação específica padronizada para o registro contábil das operações de compartilhamento de risco, não há como afirmar que as obrigações das operadoras com os prestadores estariam refletidas nas garantias financeiras exigidas atualmente.

Apesar da incerteza citada no parágrafo anterior, procedemos com o levantamento do volume de obrigações registradas no passivo das operadoras em 2 rubricas contábeis nas quais espera-se intuitivamente que as operadoras registrem seus débitos com prestadores: a Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL), excluindo-se os débitos referentes ao ressarcimento ao SUS conforme definida na RN nº 393, de 2015, e a rubrica de Débitos a Prestadores de Serviços – conta contábil 2141.



Fonte: DIOPS – 2º trimestre de 2017



Fonte: DIOPS – 2º trimestre de 2017

Como pode-se notar nos gráficos, algumas modalidades de operadoras possuem valores expressivos de débitos com prestadores que não estariam registrados na PESL. Tal conclusão, por óbvio, deve ser contextualizada pelo fato de que existem outras rubricas em que poderiam estar contabilizados outros débitos de prestação de serviços (por exemplo a rubrica “Fornecedores”, p. ex). Além disso, não se pode olvidar que também podem fazer parte dos valores contabilizados conta em questão os débitos referentes ao chamado Intercâmbio Eventual, conforme preconiza orientação do próprio plano de contas da ANS.

Porém, independentemente de outras análises que possam ser feitas, os dados apresentados nos gráficos, aliado aos problemas já citados quanto à definição de “eventos” no plano de contas, já ilustram a incerteza existente quanto à contabilidade dos débitos com prestadores por força de compartilhamento de riscos.

Por conta da necessidade de prover melhor disciplina sobre a forma de contabilização das operações de corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários e preservar a finalidade das regras prudenciais existentes, entendemos que a opção regulatória mais adequada à situação, seria a caracterização clara das despesas esperadas com prestadores como “eventos”, incluindo aquelas decorrentes do compartilhamento de riscos aqui tratados – ou seja originada do atendimento de uma beneficiário de outra operadora.

Tal escolha regulatória, smj, e considerando a competência legal da ANS para fixar normas contábeis, demonstra-se a mais adequada aos propósitos da regulação prudencial existente, preservando assim a consistência com a relação jurídica entre operadoras e prestadores (a qual impõe-se a obrigação de pagamento à operadora conforme termos pactuados independentemente do atendimento que gera a obrigação ter sido de um beneficiário da operadora ou não) e mais ainda, mantendo a harmonia com os conceitos técnicos relacionados às garantias financeiras já existentes (especialmente os riscos esperados refletidos nas provisões técnicas).

Esse raciocínio, embora possa parecer inovador, na realidade também pode ser observado no setor regulado pela SUSEP, no qual – guardadas as devidas diferenças – a prestação de serviços caracterizados como atividades complementares aos contratos de seguros, quando suportados diretamente pelas seguradoras é registrada “dentro do subgrupo de sinistros retidos”^[6].

Note-se que a tal definição no setor de saúde suplementar gera uma série de potenciais impactos para operadoras que realizam a operação em questão, à medida que também impõe de forma explícita a

obrigatoriedade de constituição de provisões técnicas de eventos/sinistros, com a consequente exigência de ativos garantidores, influenciando ainda no cálculo da exigência de margem de solvência.

Assim, há de se ratificar que a constituição da PESL e da PEONA são inerentes à operação quando a remuneração pactuada na relação entre as operadoras é pré-fixada (acorda-se um valor fixo que independe da utilização dos beneficiários na rede). Neste caso, as despesas devidas ao prestador pela operadora já estariam teoricamente cobertas pelos recursos recebidos antecipadamente, cabendo à operadora que mantém vínculo com o prestador gerir tais recursos para evitar perdas advindas de riscos atuariais ou de subscrição da operação.

Já quando a remuneração da corresponsabilidade for pactuada de forma pós-fixada (na qual acorda-se um valor em função da utilização dos beneficiários na rede, acrescida de taxas de administração), a constituição da PESL atrelada à exigência de ativos garantidores pode impactar a gestão financeira das operadoras. Isso ocorre porque a operadora que possui débito com prestador, em linhas gerais, depende do recebimento de recursos da outra operadora para não ter que dispor de outros recursos financeiros para quitar sua dívida ou constituir ativo garantidor para a PESL - obrigação regulatória para dar efetiva garantia ao risco de crédito gerado.

Logo, considerando que a operação envolve pelo menos mais uma operadora também regulada pela ANS, não parece razoável impor a obrigatoriedade de ativos garantidores para a PESL na situação citada, sob pena de impor excesso de regulação para a operação e eventualmente comprometer sua viabilidade econômica. Para mitigar esse impacto propõe-se que seja admitida a alteração da RN nº 392, de 2015, de forma a reduzir a exigência de ativos garantidores da PESL em função de créditos a receber registrados nos últimos 60 dias decorrentes da corresponsabilidade para atendimento dos beneficiários pactuada em “pós”.

Novamente, tal dispositivo assemelha-se àquele já previsto na mesma norma para o caso de débitos que tenham como contrapartida os créditos a receber de resseguradoras – entidade também regulada – com a diferença que também se estabelece um prazo de tolerância para tal crédito que, por sua vez, gera um incentivo, para que a dinâmica de cobrança e recebimento de valores entre as operadoras seja otimizada, mitigando também riscos de inadimplência na operação.

· CONSTITUIÇÃO DE PROGRAMAS OU FUNDOS ESPECIAIS PARA CUSTEIO DE DESPESAS ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A proposta busca dar maior publicidade e segurança jurídica às operações existentes no setor e que foram abordadas nos estudos da DIOPE, com previsão de intervenção regulatória mínima nas práticas já existentes, com vistas a induzir o surgimento de novas iniciativas fora do segmento das cooperativas, ampliando os benefícios potenciais para o setor.

Da forma que se propõe a regulamentação aqui apresentada, a operação consiste no agrupamento de operadoras para um determinado fim, que no caso seria o suporte ao custeio de despesas assistenciais, por meio de estabelecimento de programas ou fundos especiais regulamentados em instrumento jurídico específico que possua entre suas disposições a previsão de reembolso/ressarcimento de despesas de assistência à saúde das operadoras participantes.

Um aspecto relevante a ser regulamentado é a necessidade de participação de todas as operadoras envolvidas na operação nas decisões ou eventuais alterações do regulamento do programa ou fundo, com vistas a reforçar o caráter mutualista do programa ou fundo, evitando assim a proliferação de iniciativas que possam causar eventual interpretação conflituosa com institutos que estariam fora das competências de regulação da ANS.

A princípio não vislumbrou-se a necessidade de determinar a natureza jurídica ou a obrigatoriedade do administrador do programa ou fundo ser uma operadora, exceto no caso da operação pactuada prever a assunção de obrigações financeiras que venham a ser superiores ao total de recursos arrecadados pelo conjunto das operadoras participantes. Neste caso, entende-se que o fundo, incluindo seu administrador assumiriam riscos financeiros importantes, especialmente de subscrição ou atuarial^[7], razão pela qual a norma proposta estabelece a obrigatoriedade da gestão financeira ser conduzida por uma operadora – situação na qual a ANS já monitora as operações.

Nessas situações, de assunção de risco de subscrição ou atuarial, além da gestão financeira, tornar-se-á obrigatória a constituição de provisões técnicas, e conseqüentemente de ativos garantidores correspondentes, conforme as normas vigentes, pela operadora que administrar o programa ou fundo.

Em termos práticos, tal dispositivo abarca o caso dos fundos que preveem a garantia das despesas com remidos, a serem contabilizados como provisão para remissão. A princípio, entende-se que quaisquer outros mecanismos de provisionamento para manutenção do equilíbrio econômico-financeiros se enquadraria no conceito previsto na RN nº 393, de 2015, cuja previsão de contabilização geral seria na conta de Outras Provisões Técnicas, desde que consubstanciada em Nota Técnica Atuarial específica a ser aprovada previamente pela ANS.

Assim como as demais operações de compartilhamento de riscos, o agrupamento das operadoras para a constituição desses programas ou fundos não deve afetar a responsabilidade contratual das operadoras perante seus beneficiários.

E por não possuir relação direta com os dispositivos contratuais envolvidos na operação dos planos de saúde (seja com beneficiários ou prestadores), entende-se não ser razoável que os valores envolvidos nas contribuições, ou nos reembolsos/ressarcimentos das despesas com assistência à saúde venham a impactar o resultado das operações de planos, exceto a eventual despesa com serviços de auditoria ou regulação assistencial geralmente integrada à possibilidade de reembolso – esta podendo ser caracterizada como a contratação de uma prestação de serviços junto à administradora do fundo.

Visando alinhar os potenciais benefícios da operação à melhor forma de refletir seus efeitos econômico-financeiros nas operadoras participantes, entendemos razoável e adequado que as contribuições efetuadas a programas ou fundos especiais para custeio de despesas de assistência à saúde possam ser reconhecidas como ativo das operadoras participantes, que poderá ser reduzido em função do volume de reembolsos ou ressarcimentos efetivamente apurados.

À princípio, as contribuições ao programa ou fundo, cujo caráter deve ser mutualista, consistiriam em uma parcela do patrimônio das operadoras com destinação certa – o reembolso/ressarcimento de despesas assistenciais que podem impactar sua gestão financeira futura.

Na prática, há uma escolha de investimento da empresa entre aplicar os recursos de seu caixa em ativos financeiros com vistas a obter um retorno financeiro ou em uma iniciativa que possa lhe fornecer benefícios futuros de forma compartilhada com outras operadoras – no caso a maior previsibilidade de seu fluxo financeiro futuro e conseqüente ganho de liquidez para honrar seus compromissos.

Alternativamente, empresas mais capitalizadas poderiam simplesmente manter tais recursos em seu patrimônio próprio sob a forma de aplicações financeiras com o mesmo fim, sem necessidade de adesão ao fundo, caso entendam que seu fluxo financeiro é suficiente para honrar seus compromissos mesmo em caso de ocorrência de atendimentos com alto custo associado.

· **CORRESPONSABILIDADE PARA OFERTA CONJUNTA DE PLANOS**

A corresponsabilidade para oferta conjunta de planos consistiria no agrupamento de 2 ou mais operadoras em um único contrato coletivo, no qual a responsabilidade pelos beneficiários poderá ser dividida entre as operadoras, com a anuência da pessoa jurídica contratante.

Seriam requisitos para o contrato, objeto da corresponsabilidade em questão, a existência de uma operadora líder que assumiria, para todos os efeitos, a gestão do contrato e representação das demais operadoras.

Uma vez definida contratualmente a responsabilidade das operadoras e o conseqüente vínculo dos

beneficiários aos respectivos planos de cada operadora, não se identifica impactos às demais exigências regulatórias já existentes.

É certo porém que a viabilidade da operação depende fortemente da sinergia entre as operadoras envolvidas para cumprimento das condições contratuais pactuadas. Superado este desafio, individualmente, cada operadora assumiria a gestão de cada beneficiário praticamente sem riscos a serem compartilhados.

Entretanto, o fato de participarem do mesmo contrato, sob a liderança de uma operadora sujeitaria as operadoras à necessidade de troca informações sobre a sinistralidade total do contrato ou mesmo de outras operações de compartilhamento de riscos entre elas para viabilizar o adequado cumprimento das condições pactuadas, o que pode implicar em riscos diversos que vão desde aqueles relacionados à reputação da operadora ou até mesmo financeiros, no caso de perdas com parte dos beneficiários assumidos que não consigam ser renegociados de forma a equilibrar atuarialmente o contrato para todas as operadoras.

Preliminarmente, não se pretendeu estabelecer restrições sobre os segmentos ou características dos planos que podem ser objetos dos contratos, exceto a obrigatoriedade de estarem registrados na ANS – condição essencial para monitorar o vínculo dos beneficiários e as coberturas a que teriam direito.

Essa diretriz possibilitaria a reunião de operadoras com “expertises” em segmentos ou localidades distintas que, uma vez reunidas, poderiam oferecer novas alternativas de planos para o setor a partir da integração de operações das empresas envolvidas.

Como pode-se notar, a proposta apresentada contempla as ponderações apresentadas ao longo da câmara técnica sobre a utilização de técnicas de existentes em outros mercados regulados como alternativas para o setor.

Da mesma forma que no cosseguro, a dimensão das obrigações a serem cobertas motivaria a reunião das operadoras, porém é preciso distinguir a operação aqui proposta daquela instituída pela legislação específica.

Para isso, cabe identificar o conceito de cosseguro no mercado segurador, constante do art. 2º da Lei Complementar nº 126, de 2017:

“Art. 2º (...)

§ 1º *Para fins desta Lei Complementar, considera-se:*

(...)

II - co-seguro: operação de seguro em que 2 (duas) ou mais sociedades seguradoras, com anuidade do segurado, distribuem entre si, percentualmente, os riscos de determinada apólice, sem solidariedade entre elas;”

Na corresponsabilidade para oferta conjunta de planos aqui proposta não há como estabelecer proporcionalidade ou percentualmente, à priori, os riscos associados aos beneficiários assumidos, obrigando, portanto, cada operadora a gerir seus riscos individualmente a fim de preservar toda a operação.

A diferença neste caso é que, de fato, as operadoras não estariam dividindo sua responsabilidade em relação ao risco total do contrato, e sim a responsabilidade por cada beneficiário.

Além do fato de que poucas operadoras possuem natureza jurídica de sociedades seguradoras e as diferenças inerentes à operação de planos de saúde previstas na Lei nº 9.656, de 1998, em relação às atividades exclusivamente financeiras, a distinção sobre os riscos dos contratos é ratificada ainda pela inexistência de limitação de cobertura financeira pelos planos de saúde, ao passo que nos seguros a importância segurada máxima delimitaria os riscos financeiros cobertos.

Finalmente, outro ponto relevante da proposta apresentada é a obrigatoriedade da operadora líder assumir vínculos de beneficiários no contrato, o que, em tese, afastaria a possibilidade de que uma das

operadoras que figuram no contrato possa ser inserida na corresponsabilidade apenas como uma administradora – situação que não foi objeto das discussões e preliminarmente poderia implicar em potencial dificuldade de distinção em relação às administradoras de benefícios que estipulam contratos coletivos no setor.

· **OUTROS ASPECTOS CONTEMPLADOS NA PROPOSTA**

Além das alterações de normativos que tratam de aspectos específicos já evidenciados nesta nota, os estudos e discussões da câmara técnica apontaram para a necessidade de maior transparência na divulgação dos atendimentos e do material institucional a ser disponibilizado quando o atendimento do beneficiário estiver associado a uma operação de corresponsabilidade.

Ademais, considerando tratar-se de tema correlato o qual também se espera maior estabilização dos riscos de uma operadora, entende-se oportuno efetivar a deliberação da DICOL, na sua 440ª Reunião Ordinária, de 23 de março de 2016, em relação ao reconhecimento dos efeitos do resseguro no cálculo da margem de solvência. Vale ressaltar que um dos aspectos deliberados na ocasião já havia sido contemplada na alteração da RN nº 392, de 2015, sobre ativos garantidores.

Na mesma linha, dada a semelhança dos benefícios esperados da contratação de seguros e resseguros, a proposta de regulamentação apresentada também equipara as operações para os efeitos de redução de garantias financeiras.

Entende-se que além de harmonizar e adequar-se às soluções de mercado já existentes e utilizadas por operadoras, conforme evidenciado ao longo das discussões da câmara técnica, a medida pode estimular a utilização de tais mecanismos no setor como mais uma alternativa de mitigação de riscos financeiros e otimização da alocação de capital das operadoras, sem prejuízo da segurança econômico-financeira exigida na saúde suplementar.

· **PROPOSTA DE REVOGAÇÃO DA RN N° 191, de 2009.**

Por conta dos estudos que resultaram na proposta aqui apresentada de constituição de programas ou fundos especiais para custeio de despesas de assistência à saúde por operadoras, foram revisitados os documentos que subsidiaram a regulamentação do Fundo Garantidor da Saúde Suplementar – FGS constante da RN nº 191, de 2009. Salienta-se que, à época da proposta dessa RN, vislumbrava-se a possibilidade da iniciativa como “um mecanismo alternativo para que as operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde cumpram a obrigação de constituição dos ativos garantidores para lastrear as correspondentes provisões técnicas”^[8].

De fato, se revisitarmos os termos da norma publicada, tal intenção de constituir um mecanismo alternativo nesses moldes salta aos olhos. No entanto, não estava inserida a possibilidade de alienação de carteira no caso de insolvência de uma das operadoras, observadas as regras vigentes, nem a assunção solidária, por todas as demais operadoras do fundo, da responsabilidade pela liquidação dos débitos registrados nas provisões técnicas.

Revisitando-se os autos do processo em tela identificou-se que ao longo da análise jurídica havia, inclusive, dúvidas em relação à caracterização do FGS proposto como sendo de fato um fundo garantidor.

Inobstante qualquer controvérsia jurídica sobre o enquadramento jurídico do instituto, o fato é que, passados mais de 8 anos da publicação da RN nº 191, de 2009, não há FGS aprovados pela ANS, nem sequer registros de estudos feitos por operadoras para apresentação de propostas de constituição desses fundos que viessem ao encontro dos objetivos da norma.

Reportando-se a alguns critérios utilizados pela DIOPE para a escolha da normativa a ser submetida à

sua primeira AIRex post, quando da apresentação da exposição de motivos que fundamentava a proposta de revogação da RN nº 278, de 2011^[9], não é preciso grandes esforços de análise para constatar que alguns dos critérios estão presentes também no caso em análise. Destaca-se o fato da RN nº 191, de 2009, ser antiga, isto é publicada há 5 (cinco) anos ou mais; bem como haver indícios de dificuldades de implementação da normativa não esperados para a Agência e/ou para os regulados, evidenciados pela própria inexistência de FGS constituídos no setor conforme preconizado pela RN.

Em face ao exposto, e ainda considerando que a terminologia “fundo” pode vir a induzir à confusão com os fundos estudados pela DIOPE e contemplados na proposta de normativo aqui analisada, entendemos cabível também propor a revogação da RN nº 191, de 2009.

4) PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Como pode-se observar ao longo da presente nota técnica, todas as matérias aqui analisadas e a respectiva proposta resultante encontram forte relação com as normas de cunho econômico-financeiras publicadas pela ANS, em especial aquelas que tratam do plano de contas da ANS, dos critérios de constituição de provisões técnicas e ativos garantidores e da margem de solvência. Portanto, afetam a forma de apresentação das demonstrações financeiras das operadoras e, potencialmente os respectivos sistemas da ANS destinados ao monitoramento econômico financeiro, em especial o DIOPS.

Dito isso, agregamos à minuta de RN a proposta de alteração do Anexo IV da RN nº 209, de 2009, de forma a tornar públicas as orientações que devem ser observadas pelas operadoras no registro contábil das operações de compartilhamento de riscos, bem como a alteração do anexo I da IN DIOPE nº 45, de 2009, com a inclusão de procedimentos a serem realizados pela auditoria independente sobre as informações encaminhadas pelas operadoras por meio do DIOPS, relativas ao registro contábil das operações de corresponsabilidade de atendimento de beneficiários e as segregações necessárias nos controles gerenciais de eventos indenizáveis líquidos e da PESL. Além disso, procedemos ainda com uma revisão geral do referido anexo para adequações às normas contábeis atuais.

Adicionalmente houve a inclusão de novos procedimentos e ajustes em alguns procedimentos já constantes no referido PPA-PESL visando adequação às alterações normativas ocorridas após a publicação da IN e ao aprimoramento dos procedimentos e segregação das informações referentes aos eventos indenizáveis líquidos e a provisão para eventos/sinistros a liquidar, importantes para assegurar dessas informações, especialmente com a incorporação das operações de corresponsabilidade de atendimento de beneficiários.

A partir da avaliação técnica dos servidores que compõem a comissão contábil da ANS, que concluiu pela adoção de controles gerenciais como forma de identificação dos saldos e monitoramento dessas operações, não foram necessárias alterações no elenco de contas da RN nº 290, de 2012, minimizando assim o impacto estrutural nos sistemas tanto das operadoras como da própria ANS.

Quanto aos aspectos que tangenciam questões ligadas à transparência das informações, especialmente os relacionados ao PIN-SS, material institucional, TISS e outras matérias relacionadas às rotinas das demais Diretorias, registre-se que a DIOPE buscou integrar o máximo possível as informações que subsidiam a presente proposta por meio de articulação com os representantes indicados. Porém, embora não se identifique impactos a outros normativos além daqueles citados na minuta anexa, não se pode descartar que eventuais discussões sobre a forma ou mérito dos dispositivos que sejam matéria de competência por parte de outras Diretorias venham a identificar outros impactos não listados na presente nota.

Por fim, cabe registro que a presente nota buscou preservar as terminologias utilizadas no âmbito da CT, entretanto, a versão final da RN apresenta pequenos ajustes de forma que buscam facilitar ainda mais a compreensão das operações que foram objeto de estudo, sem prejuízo ao mérito da exposição de motivos aqui ilustrada.

Face o exposto, entendemos cabível que a minuta de RN resultante dos trabalhos da DIOPE e esta nota

técnica sejam submetidas à Diretoria Colegiada com indicação de abertura de uma nova instância de participação social, que no caso seria uma audiência pública, para posterior prosseguimento com os trâmites administrativos necessários à sua publicação.

WASHINGTON OLIVEIRA ALVES

Gerente de Habilitação e Estudos de Mercado

De acordo,

BRUNO MARTINS RODRIGUES

Gerente-Geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado

De acordo,

CESAR BRENHA ROCHA SERRA

Diretor Adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras

De acordo, encaminhe-se à COADC para inclusão na pauta de reunião da Diretoria Colegiada.

LEANDRO FONSECA DA SILVA

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

[1] Conforme Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC (2007), os riscos a que uma empresa está exposta podem ser classificadas de acordo com sua natureza como:

“Riscos Estratégicos: Os riscos estratégicos estão associados à tomada de decisão da alta administração e podem gerar perda substancial no valor econômico da organização. Os riscos decorrentes da má gestão empresarial muitas vezes resultam em fraudes relevantes nas demonstrações financeiras. Exemplos: falhas na antecipação ou reação ao movimento dos concorrentes causadas por fusões e aquisições; diminuição de demanda do mercado por produtos e serviços da empresa causada por obsolescência em função de desenvolvimento de novas tecnologias/produtos pelos concorrentes.”

“Riscos Operacionais: Os riscos operacionais estão associados à possibilidade de ocorrência de perdas (de produção, ativos, clientes, receitas) resultantes de falhas, deficiências ou inadequação de processos internos, pessoas e sistemas, assim como de eventos externos como catástrofes naturais, fraudes, greves e atos terroristas. Os riscos operacionais geralmente acarretam redução, degradação ou interrupção, total ou parcial, das atividades, com impacto negativo na reputação da sociedade, além da potencial geração de passivos contratuais, regulatórios e ambientais.”

“Riscos Financeiros (mercado, crédito e liquidez): Os riscos financeiros são aqueles associados à exposição das operações financeiras da organização. É o risco de que os fluxos de caixa não sejam administrados efetivamente para maximizar a geração de caixa operacional, gerenciar os riscos e retornos específicos das transações financeiras e captar e aplicar recursos financeiros de acordo com as políticas estabelecidas.”

[2] A Instrução Normativa – IN nº 14, de 2007, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras definiu os riscos de subscrição, mercado, crédito, legal e operacional como parâmetros mínimos para desenvolvimento de modelo próprio baseados nos riscos das operadoras que pode ser apresentado como alternativa ao cálculo padronizado da margem de solvência previsto nas normas vigentes.

[3] A ANS disponibiliza atas, áudios e documentos de câmaras e grupos técnicos em andamento na seção Participação da Sociedade> Câmaras e Grupos Técnicos em andamento no seu portal www.ans.gov.br

[4] Conforme arts. 8º e 9º da Lei nº 5.764, de 1971:

“Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.

Parágrafo único. Para a prestação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas.

Art. 9º As confederações de cooperativas têm por objetivo orientar e coordenar as atividades das filiadas, nos casos em que o vulto dos empreendimentos transcender o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações.”

[5] Anteriormente à discussão da agenda regulatória 2013/2014 e da CT de compartilhamento de riscos, a DIOPE já havia identificado a existência de operações entre cooperativas que visavam acumular fundos para o reembolso dos gastos com beneficiários remidos das operadoras que eram cooperativas singulares. Tal fato motivou proposta de regulamentação da provisão para remissão a ser constituída pela operadora que administra o fundo (geralmente cooperativa federação ou confederação), apreciada pela DICOL na 163ª Reunião Ordinária, de 25 de julho de 2007, e na 166ª Reunião Ordinária, de 11 de setembro de 2007, e encaminhada para consulta jurídica da SUSEP. Após manifestações técnicas da ANS e SUSEP, a procuradoria da SUSEP concluiu que tais operações deveriam ser objeto de regulamentação da ANS.

[6] CIRCULAR SUSEP Nº 310, de 19 de dezembro de 2005.

[7] Entende-se como risco de subscrição ou atuarial neste caso a incerteza associada à suficiência ou não das contribuições das operadoras participantes para que o fundo honre com as obrigações previstas no seu regulamento.

[8] Trecho retirado da exposição de motivos apresentada pela DIOPE nos autos do processo 33902.143959/2008-9.

[9] Nota Técnica nº 243/2017/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE, processo 33910.011078/2017-01.



Documento assinado eletronicamente por **Washington Oliveira Alves, Gerente de Habilitação e Estudos de Mercado**, em 15/09/2017, às 12:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues, Gerente-Geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado**, em 15/09/2017, às 12:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 15/09/2017, às 12:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Leandro Fonseca da Silva, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 15/09/2017, às 14:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **3856297** e o código CRC **D505380B**.