

Sumário Executivo de Impacto Regulatório

Tema: **Simplificações de Regulação Prudencial – Capital Regulatório, Ativos Garantidores para Lastro das Provisões Técnicas das Operadoras e Prazo de Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira**

Diretoria:

DIOPE

Equipe técnica responsável: Alexandre Fiori Pregueiro, Bruno Martins Rodrigues, Cesar Brenha Rocha Serra, José Luiz Ramos Duarte, Leonardo Fernandes Ferreira, Oswaldo Gomes de Souza Junior, Robson Barreto da Cruz, Samir Jose Caetano Martins, Tainá Leandro, Tatiana de Campos Aranovich e Washington Oliveira Alves.

Qual é o problema a ser resolvido?

Em face da crescente complexidade de padrões como o da Basileia III e o da Solvência II, paira relativo consenso entre reguladores de outros setores e jurisdições de que a regulação prudencial pode, em certos aspectos, ser excessivamente pesada para determinados nichos e segmentos. A classificação de operadoras para fins de aplicação proporcional das regras prudenciais tem o condão, assim, de justificar uma regulação adaptada, dados os benefícios de bem-estar geral na oferta por certos players ou de determinados produtos, ou na demanda por perfis de beneficiários.

Dado o cenário atual brasileiro e a marcante heterogeneidade das empresas de saúde suplementar reguladas pela ANS, propõem-se simplificações cabíveis na regulação prudencial. Em sentido amplo, busca-se com a proposta eliminar eventuais desproporcionalidades de patamares de obrigações regulatórias para determinados perfis de regulados. O objetivo é a adoção de regras que assim visem lograr maior proporcionalidade entre as exigências de regulação de alguns perfis de empresas e operações reguladas.

O arcabouço de planos de saúde se viabiliza por uma relação basicamente triangular, em que, ao invés de pacientes e suas famílias pagarem diretamente a conta médica aos prestadores, pagam um valor mensal às operadoras de plano de saúde. As operadoras passam assim a captar os recursos dos consumidores, geri-los, realizar aplicações financeiras e os usarem para pagar as contas médicas/odontológicas dos beneficiários junto aos prestadores.

Portanto, operadoras são agentes que lidam com a **captação de recursos de terceiros**, tais como instituições financeiras, seguradoras e entidades de previdência. Ademais, operam em ciclo econômico reverso, havendo primeiramente o pagamento pela cobertura assistencial, junto à operadora, para depois ser realizado o serviço de saúde do beneficiário, quando necessitar, junto ao prestador.

O ciclo econômico reverso tende a gerar falsa percepção de folga de caixa para a operadora, o que pode gerar incentivos perversos para o gestor de recursos de terceiros (beneficiários) não prudente. Veja-se o exemplo abaixo.

No momento que a operadora começa a funcionar ( $t=0$ ), recebe mensalidades por meses de seus beneficiários, sem que tais muitas vezes tenham necessitado de atendimento médico. Quando os consumidores de fato recorrerem ao plano para o atendimento, há tradicionalmente um lapso temporal tanto (i) entre o atendimento de saúde do beneficiário e o repasse, pelo prestador de saúde, da conta à operadora, quanto (ii) entre o recebimento da conta médica pela operadora e seu efetivo pagamento (segundo a Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP,<sup>5</sup> em média de 70 dias).

Pode-se perceber claramente nesse momento inicial que a operadora sempre ficará vários meses com entrada de recursos (mensalidades), sem fazer qualquer pagamento à rede prestadora. Esse cenário gera “ilusão de folga de recursos”. “Ilusão” porque as entradas e saídas são contínuas. Se a operadora pagar as contas médicas que receber hoje com as mensalidades que o beneficiário pagar hoje, sem nenhuma reserva de recursos referentes a mensalidades anteriores desse beneficiário, estará na verdade realizando “pedaladas” com os recursos do consumidor, dado que as despesas ocorridas anteriormente são relativas às mensalidades pagas anteriormente também, conforme princípio contábil da competência. Adicionalmente, este setor atua de forma a prever valores de despesas mas, ainda assim, em determinados momentos pode haver desvio dos valores esperados. Nestes momentos é necessário que a operadora possua recursos de forma a manter seu equilíbrio econômico-financeiro, frente às obrigações já incorridas. Em um momento em que a operadora pare de receber mensalidades, não terá mais entrada de recursos, mas ainda terá de pagar contas médicas que chegarão a sua porta com atraso de 70 dias ou mais. Como equilibrar isso e defender o dinheiro gasto pelo consumidor?

A solução técnica dada pela regulação prudencial é determinar que a operadora reserve sempre recursos tanto para garantir as obrigações já assumidas pela operadora, isto é, as provisões técnicas (ativos garantidores), quanto para garantir eventuais flutuações dos valores esperados (capital regulatório). As provisões técnicas nada mais são que o saldo de dívidas que a operadora sabe que terá de pagar em uma data futura. Isso evita a “ilusão de folga de caixa” do gestor não prudente, garantindo que a operadora tenha recursos suficientes para manter seu equilíbrio, evitando alavancagem.

O coração das regras de liquidez reside na necessidade de constituição de provisões técnicas (perdas/riscos esperados), do lado do passivo do balanço contábil e da existência de ativos garantidores para as conferir lastro a estas provisões, do lado do ativo. Vale lembrar que as obrigações decorrentes dos contratos de planos de assistência à saúde são de curto prazo, razão da relevância da liquidez. A constituição de ativos garantidores é fator ainda mais premente que a exigência de capital, eis que é o recurso que o regulado necessita possuir para suportar o *risco esperado*. O risco esperado, na regulação da ANS, constitui o risco contabilizados pelas operadoras: ou seja, é a dívida que a operadora sabe ter, conforme seus próprios registros nas demonstrações financeiras.

Quanto ao risco não-esperado, a ANS exige que as operadoras tenham **capital regulatório** condizente para suportá-los. Tal valor era aferido com base apenas em métrica simples de contraprestações e eventos até recentemente, por meio do regime da margem de solvência, estando atualmente em processo de transição para implementação do regime de capital baseado em riscos (CBR). O CBR alinha a ANS às melhores práticas internacionais, em especial o regime da Diretiva União Europeia de Solvência II [1] e normas de outros reguladores prudenciais nacionais como Banco Central do Brasil e Superintendência de Seguros Privados. O moderno regime, de adoção voluntária até final de 2022, passará a ser mandatório a partir de 2023. [2] O modelo de cálculo de exigência de capital é sobremaneira mais acurado ao risco particular de cada operadora, pois considera cálculos diferenciados para os principais riscos da operação: subscrição, crédito, operacional, legal e de mercado (RN nº 526, de 2022).

Concorrência imperfeita, assimetria de informação, seleção adversa e risco moral são algumas das falhas de mercado encontradas no mercado de saúde suplementar. Acrescenta-se que esse mercado é marcado por “riscos inaceitáveis” [3], isto é, o risco de falência das operadoras e da inviabilização do mercado de saúde suplementar, justificando as regras prudenciais. Importante indutor do risco inaceitável de falência são possíveis má-gestão de recursos e comportamento oportunista de agentes econômicos.

Garantias financeiras para a operação de plano de saúde são, nesse cenário, indispensáveis. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) exige garantias financeiras das operadoras, seguindo padrão internacional de regulação prudencial para agentes econômicos que prestam serviços com a captação de recursos de terceiros, inclusive os princípios do *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS), do qual a ANS é membro. É atribuição do regulador minimizar a probabilidade de que o regulado não consiga honrar com seus compromissos e saia do mercado por causa disso, sem cumprir suas obrigações com beneficiários, prestadores e demais participantes deste mercado.

A “ilusão de folga de recursos” e a não gestão adequada de recursos de terceiros podem levar o gestor de recursos dos beneficiários não prudente a adotar posturas como distribuição indevida de lucros, dividendos ou sobras; utilização de recursos que deveriam garantir obrigações de curto prazo para investimento em ativos imobilizados; e outras práticas que podem levar à operadora à ruína.

A situação, de modo imediato, prejudicaria os consumidores de planos de saúde. O consumidor mensalmente destina sua poupança primária para o pagamento de plano de saúde, tendo a expectativa legítima de que consiga o acesso aos serviços de saúde contratados quando necessitar de uma cirurgia cardíaca ou padecer de câncer, por exemplo. Sem as regras de garantia, os beneficiários, quando necessitassem do plano, poderiam sofrer negativa de acesso ou se deparar com fim da operação da empresa. Ainda, violaria os prestadores, que virtualmente sofreriam “calotes” pelos serviços já prestados. De forma mais macro, induziria ao descrédito generalizado da população no setor de saúde suplementar, atingindo mesmo àquelas operadoras que continuam a honrar suas obrigações.

Assim, as regras referente a ativos garantidores e capital regulatório se mostram essenciais à lucratividade e sobrevivência da operadora no longo prazo; preservando a sustentabilidade do negócio. Não só pela gestão adequada de riscos ao lidar com recursos de terceiros, como também com a possibilidade de retorno financeiro com a aplicação de tais recursos, parcela importante do resultado líquido da operação. A operadora sólida é a que faz a gestão prudente dos seus recursos, de olho sempre na sua liquidez, solvência, rentabilidade e segurança. O administrador prudente não deseja ver seu negócio insolvente, pois o fim da atividade da operadora encerra um ciclo de entrada e saída de recursos responsável pela riqueza que é distribuída aos acionistas, aos empregados, aos prestadores de serviço e a todos os agentes envolvidos com a assistência à saúde.

Quanto aos **procedimentos de adequação econômico-financeira (PAEF)**, trata-se de conjunto de medidas e ações visando, em espaço determinado de tempo, propiciar o ajuste paulatino de operadoras em irregularidade econômico-financeira. Dividem-se em Plano de Adequação Econômico-Financeira (PLAEF) e Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras (TAOEF). A possibilidade de apresentação de um ou outro é regida por critérios de risco e relevância da operadora analisada, conforme apontamento a ser feito na Nota Técnica de Acompanhamento Econômico-Financeiro (NTAEF) que detectar desconformidades econômico-financeiras. Os procedimentos de recuperação financeira das operadoras constituem ambiente controlado, após a detecção de anormalidades pelo acompanhamento e antes que seja instaurado para a operadora regime especial de direção fiscal.

É sabido que o cenário macroeconômico atual, com o arrefecimento da produção, do consumo e do crédito, bem como com taxas de desemprego e de inflação significativas, impõe desafios às operadoras de modo geral. Ademais, os dados contábeis de determinadas operadoras indicam conjuntura recente de relativo maior aperto financeiro. Cumpre lembrar que, no contexto corrente, as dificuldades sofridas pelas operadoras reforçam a necessidade de regras de regulação prudencial. Tais regras visam diminuir a probabilidade de insolvência e, em situação de fragilidade, a flexibilização de regras tende a agravar os riscos. Já há remédios regulatórios diversos disponíveis para operadoras com eventuais problemas em ativos garantidores, com a devida segurança jurídica. Programas de Adequação Econômico-Financeira junto à ANS são apenas alguns exemplos. O monitoramento do cumprimento de exigências econômico-financeiras pela Reguladora fornece sinais de quem está em risco com antecedência, permitindo que, de forma antecipada, a ANS possa induzir às operadoras a adotarem os procedimentos necessários para evitar que a empresa pare suas operações de plano de saúde e deixe seus consumidores sem atendimento. Diminuir as exigências econômico-financeiras, portanto, poderia aumentar o risco de que a operadora entre em processo de insolvência, com efeitos perversos sobre os seus beneficiários. A operadora que é lucrativa e sobrevive no longo prazo é a que faz a gestão prudente dos seus recursos, de olho sempre na sua sustentabilidade e rentabilidade de pequeno, médio e longo prazos.

Ao tempo em que este relatório **ratifica a importância das regras de garantias econômico-financeiras, que servem para preservar os beneficiários que destinam valores mensais com o plano para, quando necessitem de atendimento de saúde, possam usá-lo**, bem como dos **procedimentos de adequação econômico-financeira**, examina possibilidades de simplificação, à luz de conceitos, risco prudencial reduzido de grupo de operadoras ou contextos regulatórios de modo geral.

Quais grupos são potencialmente afetados pelo problema? Identificação preliminar de custos e definição dos mecanismos de consulta. Recomenda-se responder às perguntas do checklist de impactos operacionais\*

Primordialmente operadoras de plano de saúde, objeto de simplificações tecnicamente possíveis, sem impacto significativo sobre as ações de monitoramento, acompanhamento, planos de recuperação e regimes especiais da regulação prudencial da ANS, bem como para os agentes do setor, prestadores e beneficiários.

Quais são os objetivos a serem alcançados?

O objetivo é a adoção de regras que assim visem lograr maior proporcionalidade entre as exigências de regulação de alguns perfis de empresas e operações reguladas. Para tanto, buscam-se simplificações de regulação prudencial, em especial quanto a:

- i. antecipação dos efeitos da adoção do CBR e extinção da margem de solvência: suspensão da tomada de medidas de regulação econômico-financeiras de acompanhamento, plano e direção fiscal;
- ii. concessão de APA *ex officio* e redução do prazo de possibilidade de retorno à APA após seu cancelamento para operadoras com *regularidade* econômico-financeira;
- iii. extensão de prazo de PAEF, aplicável às operadoras com *irregularidade* econômico-financeira;
- iv. Demais medidas de simplificação de ativos garantidores, aplicáveis a:
  - a. administradoras de benefício;
  - b. operadoras exclusivamente odontológicas do Segmento 4 (S4) da RN nº 475, de 2021;
  - c. PESL em operações em preços pós-estabelecidos (créditos a receber em operações em preços pós-estabelecidos como redutor de exigências exclusivamente dessa parcela da provisão); e
  - d. parcela da PESL-SUS referente ao percentual histórico de cobrança (%hc) multiplicado pelo total dos valores notificados com base nos Avisos de Beneficiário Identificado (ABIs).

Quais são as opções existentes para resolver o problema? Recomenda-se responder às perguntas adicionais e, caso positivo, proceder à análise intermediária\*

Opção 1: Não fazer nada

A aplicação proporcional de regulação prudencial não constitui novidade no marco regulatório da ANS. Alguns normativos empregam a abordagem da proporcionalidade, conferindo tratamento diferenciado para operadoras conforme sua modalidade, porte assistencial, segmento de atuação, entre outros fatores.

Opção 2: Adotar simplificações regulatórias tecnicamente viáveis e oportunas

Adoção do seguinte pacote de medidas de simplificação

- i. antecipação dos efeitos da adoção do CBR e extinção da margem de solvência: suspensão da tomada de medidas de regulação econômico-financeiras de acompanhamento, plano e direção fiscal;
- ii. concessão de APA *ex officio* e redução do prazo de possibilidade de retorno à APA após seu cancelamento para operadoras com *regularidade* econômico-financeira;
- iii. extensão de prazo de PAEF, aplicável às operadoras com *irregularidade* econômico-financeira;
- iv. Demais medidas de simplificação de ativos garantidores, aplicáveis a:
  - a. administradoras de benefício;
  - b. operadoras exclusivamente odontológicas do Segmento 4 (S4) da RN nº 475, de 2021;
  - c. PESL em operações em preços pós-estabelecidos (créditos a receber em operações em preços pós-estabelecidos como redutor de exigências exclusivamente dessa parcela da provisão); e
  - d. parcela da PESL-SUS referente ao percentual histórico de cobrança (%hc) multiplicado pelo total dos valores notificados com base nos Avisos de Beneficiário Identificado (ABIs).

Qual das opções elencadas acima é a mais adequada para resolver o problema?

Propõe-se, aqui, adotar o pacote de medidas de simplificação.

A proposta é a que melhor atende ao § 2º do art. 4º da Lei 9.961, de 2020, que, após a enumeração das competências da ANS, determina que “As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos”.

A medida implicará na redução de exigências, sendo que algumas atingem apenas grupos de operadoras, e outras, todas as operadoras indistintamente. A redução global de exigência será no montante de aproximadamente R\$ 18 bilhões, sem impacto para o monitoramento pela ANS.

---

[1] Diretiva 2009/138 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de novembro de 2009, disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009L0138&from=SK#:~:text=Os%20Estados%2DMembros%20dever%C3%A3o%20poder,da%20presente%20directiva%20se%20registem.>

[2] Exceto as operadoras que, até 3 de julho de 2007, eram dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias por estarem classificadas na modalidade de autogestão patrocinadas junto à ANS, conforme normas vigentes à época, para as quais se aplicará a nova regra a partir de 2024.

[3] CASA CIVIL. **Diretrizes Gerais e Guia Orientativo de Análise de Impacto Regulatório – AIR**. Brasília: Presidência da República, 2018, p. 37.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana de Campos Aranovich, Assessor(a)**, em 16/09/2022, às 12:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 16/09/2022, às 12:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Martins Rodrigues, Gerente-Geral de Acompanhamento Econômico-Financeiro das Operadoras e Mercado**, em 16/09/2022, às 12:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Jorge Antonio Aquino Lopes, Diretor(a) de Normas e Habilitação das Operadoras**, em 16/09/2022, às 13:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Robson Barreto da Cruz, Gerente de Acompanhamento Regular das Operadoras**, em 16/09/2022, às 13:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Samir Jose Caetano Martins, Gerente da Assessoria Normativa**, em 16/09/2022, às 14:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Fiori Pregueiro, Assessor(a)**, em 16/09/2022, às 14:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **24854132** e o código CRC **667D5D2E**.