



PROCESSO Nº: 33910.033686/2023-14

NOTA TÉCNICA Nº 840/2023/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE

Interessado: DIOPE**1. ASSUNTO**

1.1. Proposta de alteração da Resolução Normativa nº 521/2022, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar, no sentido de desobrigar a exigência de lastro com ativos garantidores para a provisão de insuficiência de contraprestação/prêmio (PIC), definida no inciso VI, do art. 3º da Resolução Normativa nº 574/2022.

1.2. Tendo em vista que o objetivo é redução de exigência para as operadoras, entende-se tratar de caso de dispensa de Análise de Impacto Regulatório (inciso VII do art. 4º do Decreto nº 10.411, de 2020).

2. INTRODUÇÃO E PROBLEMA REGULATÓRIO

2.1. Paire consenso entre reguladores de outras jurisdições e setores que a regulação prudencial deve ser o menos onerosa possível, sem abrir mão da segurança na manutenção da solvência das reguladas. Com base nesta interpretação, bem como considerando maior amadurecimento do setor, a ANS vem publicando Resoluções Normativas visando o aperfeiçoamento do arcabouço regulatório do tema, diminuindo exigências sempre que possível, sem prejudicar o acompanhamento e o nível de solvência das operadoras.

2.2. Como exemplo de simplificações e ajustes regulatórios, nos últimos anos foram publicadas as resoluções normativas nº 569, 573 e 574, todas de 2022, que trazem ajustes nas exigências de garantias financeiras das operadoras de planos de saúde e administradoras, sob os aspectos patrimoniais, econômicos e financeiros. Tais resoluções trouxeram respectivamente, nova forma de cálculo da exigência de capital regulatório, com diminuição relevante do montante exigido de patrimônio do mercado como um todo; simplificações nas exigências de constituição e lastro de provisões técnicas e esclarecimentos e simplificações na forma de cálculo destas provisões.

2.3. Dando continuidade a este processo de revisão do estoque regulatório e simplificação e diminuição das exigências das regras prudenciais sem abrir mão da segurança na manutenção da solvência das reguladas, passou-se a avaliar a exigência de ativos garantidores nas provisões não contempladas na revisão anterior, que culminou com a publicação da RN nº 573/2022.

2.4. Estas regras prudenciais se originam do fato do arcabouço de planos de saúde se viabilizar 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 fixo às operadoras de plano de saúde, transferindo a responsabilidade pelo custeio de possíveis tratamentos de saúde a estas últimas. Estas passam assim a captar os recursos dos consumidores, gerindo-os, realizando aplicações financeiras para enfim pagar as contas médicas/odontológicas dos beneficiários junto aos prestadores, quando de sua utilização.

2.5. Agindo assim, então, as operadoras **captam de recursos de terceiros**, assim como instituições financeiras, seguradoras e entidades de previdência. Logo, operam em ciclo econômico reverso, com o recebimento prévio do pagamento pela cobertura assistencial para o posterior pagamento ao prestador de serviço de saúde, quando realizado o procedimento. Esta dinâmica de operação pode a gerar falsa percepção de folga de caixa para a operadora, possibilitando a geração de incentivos perversos para o gestor de recursos de terceiros (beneficiários), conforme o exemplo a seguir:

- Operadora começa a funcionar ($t=0$), recebe mensalidades de seus beneficiários por meses, sem que tais, muitas vezes, tenham necessitado de atendimento médico. Quando 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

2.6. Pode-se perceber claramente nesse momento inicial que a operadora poderá ficar alguns meses com entrada de recursos (contraprestações), 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 recurso dispendido pelo beneficiário?

2.7. A solução técnica dada pela regulação prudencial é determinar que a operadora reserve sempre recursos tanto para garantir as obrigações já assumidas pela operadora, de acordo com as melhores estimativas, isto é, as provisões técnicas, quanto para garantir eventuais flutuações destas estimativas (capital regulatório). As provisões técnicas nada mais são que a estimativa das obrigações relacionadas a operação de planos 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 ciência da necessidade de recursos para manter seu equilíbrio, evitando alavancagem.

2.8. 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 exigência de diversificação e alta liquidez destes ativos. A constituição de ativos garantidores é fator ainda mais premente, de maior exigibilidade que a exigência de capital, eis que é o recurso que o regulado necessita possuir para suportar o *risco esperado* que é o que deve ser contabilizado pelas operadoras nos seus próprios registros nas demonstrações financeiras.

2.9. Quanto ao risco não esperado, a ANS exige que as operadoras tenham **capital regulatório** condizente para suportá-lo. Tal valor era aferido com base apenas em métrica simples de múltiplos de contraprestações e eventos até recentemente, por meio do regime da margem de solvência, tendo sido completada ao final de 2022 a transição para implementação do regime de capital baseado em riscos (CBR) conforme disposto na Resolução Normativa

nº 569/2022. O CBR alinha a ANS às melhores práticas internacionais, em especial ao regime da Diretiva Solvência II, União Europeia, e normas de outros reguladores prudenciais nacionais, como Banco Central do Brasil e Superintendência de Seguros Privados.

2.10. Sob a égide da regulação prudencial devem ser consideradas também as falhas de mercado e suas consequências encontradas no setor de saúde suplementar, como, por exemplo, poder de mercado, assimetria de informação, seleção adversa e risco moral. Acrescenta-se que esse mercado é marcado por "riscos inaceitáveis", isto é, o risco de falência de operadoras e da inviabilização do mercado de saúde suplementar, justificando as regras prudenciais. Importante indutor do risco inaceitável de falência é a possível má gestão dos recursos e comportamento oportunista dos agentes econômicos.

2.11. Garantias financeiras para a operação de plano de saúde são, nesse cenário, indispensáveis. A ANS as exige seguindo padrão internacional de regulação prudencial para agentes econômicos que prestam serviços com a captação prévia de recursos de terceiros, observando primordialmente os princípios da *International Association of Insurance Supervisors* (IAIS), da qual a ANS é membro. Com base nestes padrões, e seguindo o comando legal atribuído à agência por sua lei de criação (Lei nº 9.961/00), bem como a lei que estipula as diretrizes da regulação da saúde suplementar (Lei nº 9.656/98), 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.

2.12. Assim, e considerando a supracitada "ilusão de folga de recursos", bem como a gestão inadequada de recursos de terceiros, um eventual gestor de recursos dos beneficiários não prudente pode ser levado 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, seja por incapacidade de cobrir os riscos que se comprometeu por meio de contrato, seja pela incapacidade de pagamento dos serviços aos prestadores em tempo útil por falta de recursos financeiros líquidos para honrar tal compromisso.

2.13. A situação, de modo imediato, prejudicaria os consumidores deste planos de saúde que, mensalmente, destina sua poupança primária para seu pagamento, tendo a expectativa legítima de que consiga o acesso aos serviços de saúde contratados quando deles necessitar. Sem as regras de garantias os beneficiários, quando necessitassem do plano, poderiam sofrer negativa de acesso ou se deparar com fim da operação da empresa. Ainda, uma eventual insolvência da operadora violaria os direitos dos prestadores de serviços de saúde, que não receberiam pelos serviços já prestados, trazendo risco para a continuidade de sua operação. De forma mais macro tal situação poderia induzir ao descrédito generalizado da população no setor de saúde suplementar, atingindo mesmo àquelas operadoras que continuam a honrar suas obrigações.

2.14. Assim, as regras referentes 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, observando 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 sócios, aos associados, aos empregados, aos prestadores de serviço e a todos os agentes envolvidos com a assistência à saúde.

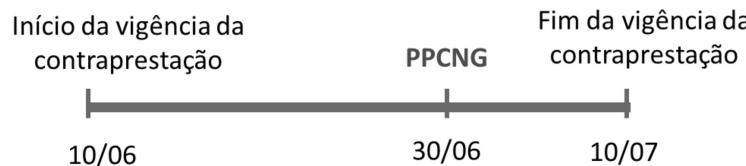
3. CONCEITUAÇÃO DAS PROVISÕES TÉCNICAS

3.1. Sob este cerne, inicialmente então, cabe classificar as provisões técnicas exigidas em dois grupos, conforme usualmente estabelecido nas melhores técnicas atuariais, quais sejam: provisões de prêmios e provisões de sinistros. Cabe esclarecer previamente que tais nomenclaturas são as utilizadas usualmente no mercado de seguros e, por prêmios, entendem-se também as contraprestações pecuniárias, e no termo sinistros englobam-se também os eventos indenizáveis (ou despesas assistenciais).

3.2. A diferença entre os tipos, que enseja tal classificação, é tão somente a ocorrência do evento coberto pelo contrato de seguros, no caso em tela, o atendimento do beneficiário em serviço de saúde ou odontológico. As provisões que tratam de evento coberto porém ainda não ocorrido são classificadas como provisões de prêmios e aquelas que buscam quantificar o montante relacionado aos eventos já ocorridos são as provisões de sinistro.

3.3. Dentre as provisões de prêmios obrigatórias, a mais relevante e devida universalmente é a de prêmios e contribuições não ganhas (PPCNG), que nada mais representa que o diferimento temporal da contribuição já reconhecida contabilmente pela operadora de planos de saúde (OPS), cujo risco ainda esteja vigente. Na definição encontrada na RN 574/2022, é a "*parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu*". De forma prática, traz-se a seguir exemplo do que representa esta provisão. Imaginando que o beneficiário contrate um plano dia 10 de determinado mês, no dia 30 deste mês ainda restariam 10 dias de cobertura deste primeiro mês, logo a PPCNG representaria 10/30 do valor da contraprestação.

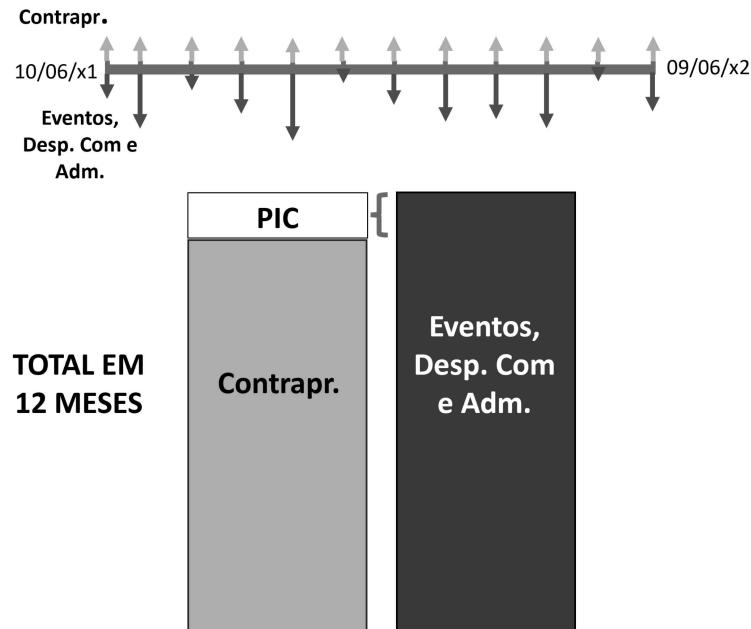
Fig. 1. Representação esquemática da PPCNG



Fonte: Elaboração própria

3.4. Além da PPCNG citada no item anterior, outra provisão de prêmios relevante é a provisão de insuficiência de contraprestação/prêmio (PIC) que, nos termos na mesma RN é definida como "*referente à insuficiência de contraprestação/prêmio para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer, quando constatada*". Esta provisão deve ser constituída quando for verificado que as contraprestações não são suficientes para o custeio futuro dos benefícios oferecidos. Assim, tal provisão é calculada prospectivamente, considerando todos os riscos vigentes no momento do cálculo, em relação às contraprestações e aos eventos a ocorrer esperados referentes a estes contratos vigentes. Cabe destacar que, considerando as melhores técnicas atuariais, estabelece-se que a PIC deve ser calculada considerando toda a vigência do contrato, levando em conta os prêmios a receber até lá, bem como os sinistros esperados. Na saúde suplementar, no entanto, surge a peculiaridade que os contratos individuais/familiares não podem ser rescindidos unilateralmente pelas contratadas, sendo de renovação automática indefinidamente, o que acarreta dificuldades no momento de estabelecer o prazo esperado para o fim do contrato. Assim, a NOTA TÉCNICA Nº 3/2018/DIOP, apresentada na Consulta pública nº 68 (que tratou da instituição da PIC), trouxe a justificativa pela opção de estabelecer o prazo mínimo obrigatório de um ano para o cálculo da necessidade de PIC, quando o contrato não tiver duração definida ou for superior a esse prazo. A representação gráfica da necessidade da constituição da PIC é apresentada a seguir:

Fig. 2. Representação esquemática da PIC



Fonte: Elaboração própria

3.5. Cabe ressaltar que os valores de contraprestações e eventos na representação acima se tratam de estimativas que devem ser realizadas pelo atuário no momento do cálculo de tal provisão sobre o fluxo de receitas e despesas diretamente esperadas nos planos (assistenciais, comerciais e de administração). Como formulação padrão, a ANS estipula que para a obtenção de tais valores seja considerada a experiência histórica recente das operadoras, possibilitando ainda que aquelas que entendam que tal metodologia não é a mais adequada, possam propor formas de cálculo mais aderentes à sua realidade, desde que sob a responsabilidade técnica de um atuário.

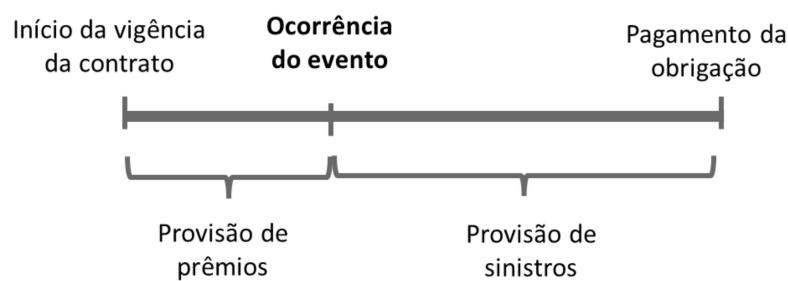
3.6. Relevante destacar papel importante que a PIC desempenha na gestão da operadora, visto que seu cálculo pode indicar a qualidade da precificação efetuada, quando exige que a operadora permaneça em constante avaliação da relação entre suas contraprestações e despesas diretamente relacionados ao plano, sendo a sua necessidade de constituição importante indicador de resultado operacional futuro. De posse destas informações é possível à operadora tomar ações de gestão inclusive para ajustar sua precificação de forma a equilibrar seus resultados operacionais. Em outras palavras, uma operadora que apresenta necessidade de constituição da PIC sinaliza que a expectativa de arrecadação de receita de planos com a carteira existente no momento do cálculo da provisão, no máximo nos próximos 12 meses, serão insuficientes para pagamento das despesas diretamente relacionadas com seus planos, sendo o valor da PIC a estimativa de tal déficit a ser coberto no período para honrar com a obrigação prevista.

3.7. Em relação às provisões de sinistros, as principais exigidas no setor de saúde suplementar são a PEONA e a PESL. A primeira é "referente à estimativa do montante de eventos/sinistros, que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS", dividida entre a referente a eventos/sinistros originados no Sistema Único de Saúde - SUS, chamada PEONA-SUS e a referente a demais eventos PEONA. Já a PESL, provisão de eventos/sinistros a liquidar, representa o montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas ainda não pagos pela OPS.

3.8. Adicionalmente, as operadoras devem constituir provisão para remissão, quando oferecem este benefício como cláusula adicional aos seus planos, e outras provisões técnicas, decorrente de uma decisão da gestão da operadora em reservar um montante adicional às provisões obrigatórias de prêmios (PPCNG e PIC) ou sinistros (PEONA e PESL) para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da sua operação.

3.9. Outra diferença relevante entre os tipos de provisão é em relação à sua exigibilidade. Pela sua própria natureza, as provisões de prêmios tem uma maturação temporal maior, pois, em análise cronológica, para serem devidas, ainda se "converterão" em provisões de sinistros até gerar efetiva saída de caixa, com o devido pagamento.

Fig. 3. Representação temporal de acordo com a classificação das provisões técnicas



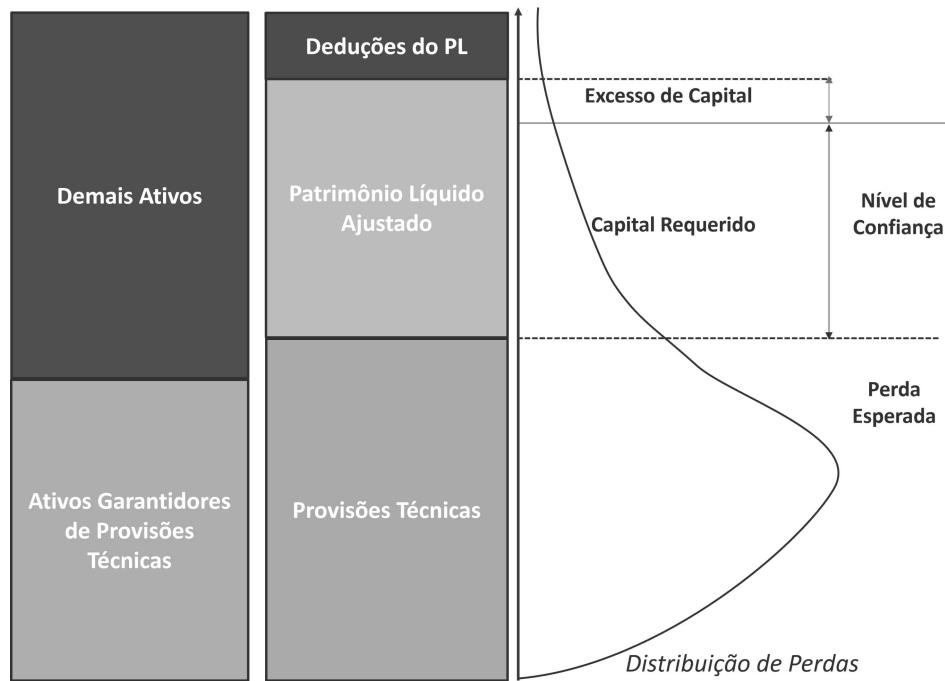
Fonte: Elaboração própria

4. JUSTIFICATIVA E FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA NORMATIVA

4.1. JUSTIFICATIVA

4.1.1. As provisões técnicas nada são que o reconhecimento nas demonstrações financeiras das obrigações a que as operadoras estão sujeitas no cumprimento dos contratos com beneficiários ou assemelhados. Outro lado destas obrigações são os ativos garantidores, que dão lastro a estas obrigações e são sua contrapartida tangível, garantindo a manutenção da solvência das operadoras. Estes ativos tem sua definição explicitada na Resolução Normativa nº 521/2022 como sendo "*bens imóveis de titularidade da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora; ou títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora; em todos os casos, que lastreiam as provisões técnicas*". De forma esquemática, o balanço patrimonial de uma operadora de planos de saúde pode ser representado como na figura a seguir:

Fig. 4. Balanço patrimonial de uma OPS



Fonte: Elaboração própria

4.1.2. Note-se que, à rigor e com base nos princípios da própria IAIS e na própria literatura, todas as operadoras devem possuir ativos suficientes que cubram os passivos representados pelas provisões técnicas. No caso do setor de saúde suplementar no Brasil, por opção regulatória da ANS na evolução da regulamentação, o total de ativos garantidores (ou bens destinados a cobrir/garantir) pode ser inferior ao total de provisões técnicas, já que a supracitada resolução sobre o tema estabelece no parágrafo único do artigo 2º que estão dispensados da exigência de lastro:

- I - valores registrados na Provisão de Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas;
- II - débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que estejam garantidos por depósitos judiciais;
- III - débitos referentes ao resarcimento ao SUS que tenham sido objeto de parcelamento já aprovado pela ANS;
- IV - débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos de operações com planos de assistência à saúde decorrentes de contratos de seguro ou resseguro;
- V - débitos referentes aos processos de resarcimento ao SUS sem inscrição em Dívida Ativa e sobreestados administrativamente, em virtude da decorrência de mais de cinco anos do vencimento da GRU emitida;
- VI - débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos que tenham como contrapartida créditos a receber registrados nos últimos sessenta dias decorrentes da utilização de serviços de assistência à saúde de beneficiários de outra operadora por meio de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários.
- VI - débitos referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos referentes a operações de planos em preço pós-estabelecido que tenham como contrapartida créditos a receber de contraprestações pecuniária/prêmios de operações de planos em preço pós-estabelecido; e
- VII - débitos do resarcimento ao SUS dos Avisos de Beneficiários Identificados- ABI notificados e ainda sem a emissão das respectivas Guias de Recolhimento da União - GRU pela ANS.

4.1.3. Adicionalmente, tem-se outras flexibilizações no que tange a este tema, tais como aquelas definidas no parágrafo único do art. 1º da RN nº 521/2022, nos quais as administradoras de benefícios, as operadoras classificadas como autogestão por intermédio de seu Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, como autogestão que possua mantenedor para garantia de seus riscos, na forma da regulamentação normativa específica vigente, e como cooperativas odontológicas e odontologias de grupo enquadradas no Segmento 4 (S4), conforme critérios da Resolução Normativa nº 475, de 23 de dezembro de 2021. Tais isenções decorrem da inexistência de obrigatoriedade regulatória de provisões técnicas (no caso de autogestões por RH e administradoras de benefícios), a existência de um ente garantidor subsidiário do pagamento dos débitos da operação (no caso das autogestões com mantenedor) ou do risco-relevância e impacto das operações realizadas pelas cooperativas odontológicas e odontologias de grupo enquadradas no segmento S4.

4.1.4. Por padrão legal, os ativos garantidores das operadoras só podem ser movimentados com a liberação expressa da ANS. Neste sentido, a RN nº 519/2022 facilita às operadoras que comprovem regularidade econômico-financeira e com ausência de anormalidades administrativas graves a livre movimentação de seus ativos garantidores, dando flexibilidade em sua gestão, nos termos definidos na RN nº 519/2022. Ou seja, a ANS autoriza, a movimentação de ativos garantidores de operadoras que se mantenham regulares com as regras prudenciais ao longo do tempo, sem que seja necessária a atuação do regulador para tal.

4.1.5. Destaque-se ainda que a não exigência de ativos garantidores não constitui, *per se*, diminuição da exigência de garantias financeiras, visto que tais provisões continuarão a ser refletidas nas demonstrações financeiras das operadoras, dado que a obrigação da operadora permanece existindo. A retirada de tal exigência de ativo garantidor resulta, tão somente, no aumento da discricionariedade das operadoras na sua gestão financeira, visto que os ativos garantidores nada mais são que um subconjunto dos ativos totais das operadoras, que devem observar as limitações impostas pelas regulamentações da ANS e do Conselho Monetário Nacional, que impõem condições a um ativo para ser considerado garantidor de provisões técnicas. Estas limitações são regras importantes para garantir liquidez, segurança e rentabilidade a estes ativos, tanto mais, quanto mais forem exigíveis as obrigações lastreadas por eles.

4.1.6. No fim do dia, as dispensas de exigências e mesmo a premissa de "liberdade vigiada" relacionadas aos ativos garantidores decorrem da própria experiência da ANS com o monitoramento das operadoras e da própria maturidade da gestão financeira das operadoras ao longo do tempo, sendo ainda coerente com a premissa de zelar pela solvência do setor com maior eficiência do regulador e menor onerosidade possível aos entes regulados. Na prática, os gestores das operadoras continuam responsáveis por zelar pela manutenção de ativos com liquidez e suficiência compatível com a obrigação representada nas provisões técnicas, mas sem o "enforcement" regulatório representado pela regra de ativos garantidores.

4.1.7. Por outro lado, a necessidade de reconhecimento das obrigações explicitadas pelo cálculo da PIC é indelével, dado que a obrigação ali exposta é certa, estimada com base no histórico de atuação da operadora - no sentido inverso, a ausência de constituição da PIC, quando sabida a insuficiência das contraprestações para cobertura dos riscos para honrar com suas obrigações, acabaria por constituir um "passivo oculto" nas demonstrações financeiras das operadoras, subdimensionando as responsabilidades da operadora frente aos compromissos assumidos junto aos beneficiários.

4.1.8. Assim, a proposta a ser aqui apresentada não se trata de inovação normativa quando busca deduzir da necessidade de ativos garantidores o montante relativo à PIC. Na prática, apenas evolui com uma discussão não realizada quando da introdução da obrigatoriedade da PIC no setor - qual seja a **isonomia de tratamento das provisões técnicas obrigatórias de prêmios no dimensionamento das exigências de ativos garantidores na saúde suplementar**.

4.1.9. A conveniência e a oportunidade de promover essa isonomia de tratamento é motivada pelo **cenário atípico de desempenho econômico-financeiro das operadoras, com significativa parcela das operadoras apresentando resultado operacional negativo e com queda do resultado líquido, isto é, o resultado operacional e não operacional, incluindo o resultado financeiro**:



4.1.10. Um cenário mais desafiador requer um incremento na capacidade de gestão das operadoras para fazer face aos desafios que se apresentam e, por isso, é conveniente e oportuno dotá-las de maior grau de liberdade para gerir seus ativos, sendo esse maior grau de liberdade materializado pela dispensa do lastro, como ativo garantidor, dos valores correspondentes à PIC e somente à PIC, pela sua menor exigibilidade, conforme explicitado.

4.1.11. Isto porque a classificação do ativo como ativo garantidor traz restrições à sua movimentação (em regra, ele fica vinculado e, portanto, indisponível) e o sujeita a uma série de regras que visam a manter, prioritariamente, a segurança do investimento no longo prazo, ainda que à custa de que esse ativo pudesse ser manejado de forma que os próprios gestores dos ativos financeiros (no caso as operadoras) entendam como cabível frente a desafios de curto prazo.

4.1.12. Historicamente a PIC foi mencionada, em primeiro lugar, como alternativa à adoção do teste de adequação de passivos (TAP), no âmbito das discussões técnicas realizadas na Comissão Permanente de Solvência (CPS). Tal teste, recomendado pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis em seu pronunciamento técnico publicado - CPC nº 11, de 2008, seria um meio de aferir se as obrigações relacionadas a contratos de seguros e assemelhados (neste caso, o contrato de prestação de serviços de assistência à saúde e odontológicos, conforme definido na Lei nº 9656/98) estariam adequadamente refletidas nas demonstrações financeiras das entidades. Ponto importante a ser destacado aqui é que o TAP tem natureza patrimonial, com avaliação econômica dos passivos das entidades não tendo, necessariamente, impacto financeiro com seu cálculo.

4.1.13. Assim, embora quase todos os pronunciamentos contábeis tenham sido adotados pela ANS nas regras contábeis aplicáveis aos seus entes regulados, o supracitado CPC 11 não o foi, por haver grande incerteza quanto ao impacto de instituir a obrigatoriedade de tal teste a todas as operadoras reguladas pela ANS. Ao longo das discussões da Comissão Permanente de Solvência (CPS) concluiu-se que, em substituição a adoção de tal teste, seriam regulamentadas e exigidas as provisões PIC e PEONA-SUS, até então não obrigatórias, de forma que as principais obrigações relacionadas

ao cumprimento do contrato com seus beneficiários estariam então bem dimensionadas. Foi publicada então norma tornando o cálculo da PIC obrigatório, bem como sua constituição para aquelas operadoras para quais o valor apurado fosse maior que zero, **destacando que no momento daquela regulamentação não houve discussões sobre a necessidade ou não de lastro de ativos garantidores para esta provisão, tendo se focado exclusivamente no reconhecimento da obrigação** e seu efeito no patrimônio das operadoras.

4.1.14. Findo o período de escalonamento da provisão, permitido pela regulamentação entre 2020 e 2022, verifica-se que, com base nas últimas informações disponíveis, a PIC representa cerca de 1,8% das contraprestações anuais das operadoras obrigadas a calculá-la. Tal percentual, no entanto, varia conforme a modalidade analisada e pode ser resumido no quadro a seguir:

Quadro 1. Impacto da constituição da PIC em relação ao faturamento, por modalidade.

	PIC/Total de Contrap.
Autogestões	1,98%
Coop. Médicas	1,28%
Filantropias	0,52%
Med. de Grupo	2,88%
Seguradoras	1,41%
Total Geral	1,80%

Fonte: Diops 2º trimestre/23

4.1.15. Verifica-se, portanto, que para a maioria das modalidades, a necessidade de constituição da PIC mostrou-se inferior àquela estimativa realizada na Análise de Impacto Regulatório - AIR - quando da elaboração da norma - que era de 2,07%. Inobstante tal constatação em níveis gerais, é indiscutível que o setor tem experimentado forte aumento de sinistralidade nos últimos períodos - especialmente após o momento inicial da pandemia de COVID-19 em 2020- e tal cenário não era previsto à época. Assim, mais do que impacto no resultado das operadoras, a constituição da PIC implicou em uma maior restrição na liberdade de gestão financeira das operadoras à medida que não bastava o registro da provisão no passivo, mas também a observância das regras específicas de ativos garantidores.

4.1.16. De toda forma, retomando a conceituação das provisões apresentados no item 3 desta nota, a PIC é uma provisão de prêmios, ou seja, deve ser constituída ainda antes da ocorrência dos eventos indenizáveis, de forma que parece razoável pressupor que possui uma exigibilidade de liquidez inferior a associada às provisões de sinistro, no sentido que eventual concretização do risco associado a tal provisão se dará em tempo maior - quando da efetiva apuração da insuficiência, ou seja, após ocorrência do sinistro, conforme esquematizado na figura 3, de forma semelhante ao que se observa para a provisão de prêmio/contribuição não ganhos (PPCNG), por representarem eventos ainda a ocorrer. Ocorre que a PPCNG, justamente por conta de sua menor exigibilidade, por uma opção regulatória conforme estabelecido em sua regulamentação (proc. 33902.175422/2015-18), não demanda a constituição de ativos garantidores, possibilitando que as OPS a lastreie conforme sua conveniência e política de gestão, desde que respeitados os demais conceitos das regras prudenciais.

4.1.17. Como se vê, as provisões de sinistros, por se voltarem a riscos mais imediatos, requerem uma postura mais conservadora do regulador, exigindo a constituição de ativos garantidores lastreando essas provisões, enquanto as provisões de prêmios (em que se insere a PIC), por se voltarem a riscos mais remotos no tempo, dão margem a uma postura menos conservadora do regulador, que pode ponderar a conveniência a a oportunidade de (i) alcançar uma maior segurança jurídica da manutenção desses ativos, com a certeza representada por sua constituição seguindo uma série de regras e por sua vinculação à ANS, ou (ii) reduzir a segurança jurídica da manutenção desses ativos, permitindo que a operadora tome a decisão empresarial que lhe parecer mais acertada para maximizar seus resultados.

4.1.18. Num cenário atípico como o observado na saúde suplementar brasileira atualmente, a escolha de reforçar a capacidade de gestão das operadoras com a dispensa de constituição de ativos garantidores no que corresponde ao valor da PIC, parece ser a melhor escolha técnica, na medida em que assume riscos relativamente baixos e contribui para o enfrentamento de desafios urgentes e significativos.

4.1.19. Isto posto, propõe-se então a inclusão de inciso VIII no parágrafo único do art. 2º da Resolução Normativa nº 521/2022, estabelecendo mais uma exceção à regra de constituição de ativos garantidores de provisões técnicas, conforme a seguir:

(...)

VIII - valores registrados na Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC.

4.2. ESCOLHA DO ATO NORMATIVO

4.2.1. Tendo em vista o objetivo de aperfeiçoar a regulação prudencial da ANS, no sentido de reduzir onerosidade regulatória, propõe-se a edição de uma Resolução Normativa (RN) que preveja a desobrigação da exigência de lastro com ativos garantidores para a provisão de insuficiência de contraprestação/prêmio (PIC).

4.3. NORMAS LEGAIS E INFRALEGAIS RELACIONADAS

4.3.1. As bases da regulação prudencial para o setor de saúde suplementar estão dispostas no art. 35-A, inc. IV e parágrafo único (determina que a ANS fixará as normas sobre aspectos econômico-financeiros no setor de saúde suplementar), e art. 35-L da Lei nº 9.656, de 1998 (estipula que os ativos garantidores das provisões técnicas das operadoras de plano de saúde deverão ser registrados na ANS e *não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização da ANS*), e no art. 4º, inc. XLII, da Lei nº 9.961, de 2000 (define a competência da ANS para determinar as condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde).

4.3.2. Na regulação da ANS, os temas são previstos principalmente no art. 26, inciso I, "c" e "d" (que preveem, respectivamente, a competência da DIOPE para propor diretrizes para a saúde suplementar sobre critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro consistente em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores e parâmetros de capital e patrimônio líquido das operadoras), tais dispositivos da Resolução Regimental (RR) nº 21, de 2022 (que consolidou a RR nº 1, de 2017).

4.3.3. Quanto a ativos garantidores particularmente, a matéria é disciplinada na RN nº 521, de 2022 que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar.

4.3.4. Por fim, aplicam-se aos ativos garantidores as Resoluções nº 4.993 e 4.994, de 2022, do Conselho Monetário Nacional (CMN), as quais consolidaram a Resolução nº 4.444, de 2015 (esta adotada para todas as operadoras pela RN nº 521, de 2022). Refere-se, ademais, o § 5º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 2001 ("As sociedades seguradoras especializadas em seguro saúde, nos termos deste artigo, continuarão subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional – CMN"), diante das quais as regras do CMN são aplicáveis compulsoriamente às seguradoras especializadas em saúde.

4.4. NORMAS AFETADAS PELA PROPOSIÇÃO

4.4.1. Altera a RN nº 521, de 29 de abril de 2022.

4.5. QUADRO COMPARATIVO ENTRE A NORMA VIGENTE E A PROPOSTA NORMATIVA

4.5.1. Especificamente no que se refere à alteração proposta, tem-se o seguinte:

Versão atual	Versão proposta	Justificativa
Art. 2º (...)	Art. 2º (...)	Simplificação regulatória, com extinção da obrigação de constituição de ativos garantidores (vínculo e lastro), referente aos valores apurados de PIC, da mesma forma que atualmente ocorre com a PPCNG, cuja natureza é semelhante.
Art. 2º (...)	Parágrafo único (...)	
Parágrafo único (...)	VIII - valores registrados na Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio – PIC.	

4.5.2. Observa-se que haverá alteração pontuais no texto da RN nº 521, de 2022, por razões de técnica legislativa. Para fins de instrução processual, o quadro comparativo a ser considerado na análise formal está materializado no SEI nº 27904745.

4.6. IMPACTO NAS DESPESAS

4.6.1. Não foram identificados impactos nas despesas tanto do regulador quanto do setor regulado em função da proposta, considerando tratar-se de redução de exigência em relação à regulamentação atual.

4.7. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.7.1. Não há aumento de despesas projetado a demandar dotação orçamentária relacionada à proposta.

4.8. IMPACTO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NO ÂMBITO DA ANS

4.8.1. Há possível redução do impacto operacional em termos de sistemas, considerando a diminuição das exigências.

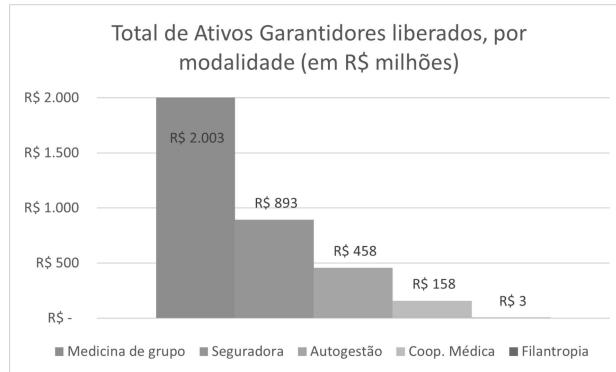
4.9. DOCUMENTOS AFETOS À PROPOSIÇÃO

4.9.1. Além desta exposição de motivos, consta do processo Minuta de RN (SEI 27819772).

5. ESTUDO DE IMPACTO

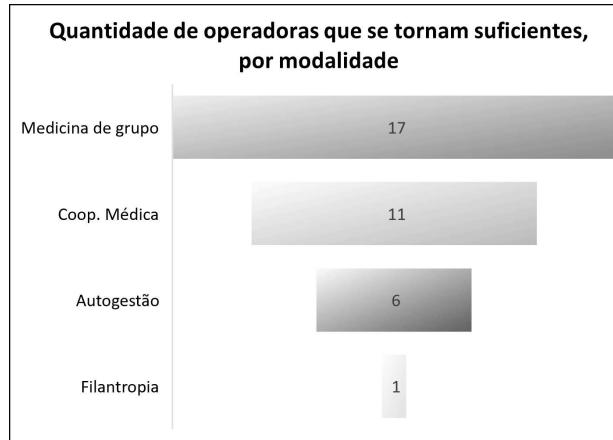
5.1. Atualmente há exigência de R\$ 52,463 bilhões de ativos garantidores, com a PIC exigida responsável por R\$ 4,672 bilhões deste total, do qual R\$ 4,507 bilhões está devidamente contabilizado. Como potencial de liberação de ativos estimado com a adoção da medida ora proposta tem-se o montante de R\$ 3,5 bilhões em 136 OPS, por ser, da PIC contabilizada, o que está efetivamente lastreada em ativos garantidores. Além disto, hoje há 142 operadoras insuficientes em ativos garantidores, com base nos dados mais recentes disponíveis, das quais 35 atingiriam a regularidade caso a proposição aqui apresentada seja aprovada. Segue o impacto estimado por modalidade:

Fig. 5. Ativos Garantidores liberados, por modalidade:



Fonte: Diops 2º trimestre/23

Fig. 6. OPS que atingem a regularidade em relação à necessidade de Ativos Garantidores, por modalidade:



Fonte: Diops 2º trimestre/23

5.2. Ademais, outro impacto estimado indireto com a edição desta norma refere-se ao instituto da Autorização Prévia Anual (APA), conforme trazido anteriormente nesta nota. Esta foi instituída pela Resolução Normativa nº 519, e prevê a possibilidade de autorização prévia de movimentação de ativos para as operadoras consideradas regulares nos termos daquela resolução. Este dispositivo é de grande importância na gestão financeira das operadoras, dando-lhes mais liberdade para tal, o que pode possibilitar ganhos operacionais relevantes. No entanto para obter tal autorização é mandatório que as operadoras estejam regulares também com o lastro dos ativos garantidores. Assim, com a diminuição do valor desta exigência, estima-se que 14 operadoras que hoje não possuem tal autorização poderiam obtê-la uma vez que essas operadoras não possuem a APA atualmente apenas por conta de insuficiência com ativos garantidores na mesma proporção da PIC exigida.

6. DISPENSA DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO

6.1. O sumário executivo de impacto regulatório (SEI nº 27858057) e esta nota técnica (SEI nº 27806522), em seu conjunto, constituem nota técnica que "motive a dispensa, fundamentalmente a proposta de edição ou de alteração do ato normativo, identifique o problema regulatório que se pretende solucionar e os objetivos que se pretende alcançar".

6.2. O problema regulatório está descrito no sumário executivo de impacto regulatório (SEI nº 27858057).

6.3. O objetivo imediato que se pretende alcançar é a adoção de regra isonômica de exigência de ativos garantidores para provisões obrigatórias relacionadas aos riscos não ocorridos e o objetivo secundário é dotar as operadoras de maior flexibilidade de gestão com relação aos ativos que deixarão de ser constituídos como ativos garantidores, contribuindo, deste modo, para viabilizar uma resposta que os administradores considerem mais efetiva ao enfrentamento dos desafios atualmente observados na sua operação.

6.4. A proposta de ato normativo se enquadra em hipótese redução de exigências, obrigações, restrições, requerimentos ou especificações com o objetivo de diminuir os custos regulatórios (inciso VII do art. 4º do Decreto nº 10.411, de 2020), razão pela qual, em conclusão, propõe-se que seja aprovada pela Diretoria Colegiada a dispensa de análise de impacto regulatório (AIR), com prosseguimento do encaminhamento da proposta aqui apresentada para Consulta Pública nos termos exigidos pela legislação atual.

6.5. Propõe-se que seja adotado o prazo de 5 anos como sendo "o prazo máximo para a sua verificação quanto à necessidade de atualização do estoque regulatório", pois tradicionalmente a DIOPE trabalha com um horizonte temporal de 5 anos para observar a maturação do comportamento das operadoras no longo prazo.

7. CONCLUSÃO

7.1. Nesta exposição de motivos apresentaram-se as razões para a proposição de novo normativo, as bases legais da proposta e seus impactos administrativos.

7.2. A proposta de ato normativo se enquadra em hipótese redução de exigências, obrigações, restrições, requerimentos ou especificações com o objetivo de diminuir os custos regulatórios (inciso VII do art. 4º do Decreto nº 10.411, de 2020), razão pela qual propõe-se que seja aprovada pela Diretoria Colegiada a dispensa de análise de impacto regulatório (AIR), com prosseguimento do encaminhamento da proposta aqui apresentada para Consulta Pública nos termos exigidos pela legislação atual.

7.3. É a Exposição de motivos.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Fiori Pregueiro, Assessor(a)**, em 24/10/2023, às 10:04, 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 **Washington Oliveira Alves, Gerente de Habilitação e Estudos de Mercado**, em 24/10/2023, às 10:05, 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 24/10/2023, às 20:17, 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 **27806522** e o código CRC **4EB2E7FD**.