

**ESTUDOS E DISCUSSÕES SOBRE MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA DE
RISCOS E REDE
AGENDA REGULATÓRIA – 2013/2014
RELATÓRIO FINAL**

O tema foi destacado pela ANS considerando que as transferências e compartilhamentos de riscos e de rede, utilizadas por muitas operadoras como instrumentos para ampliar a rede e mitigar riscos financeiros, constituem arranjos que não foram objeto de regulação direta pela ANS.

Ainda que haja previsão legal para operações de transferência, podendo contribuir com a operacionalização de prestação de serviços assistenciais, especialmente em pequenas operadoras, a falta de uma disciplina regulatória mais explícita e parâmetros transparentes, muitas vezes acabam por não deixar claro aos beneficiários e prestadores quais operadoras são responsáveis pelo financiamento e prestação dos serviços de assistência à saúde. Quando isso ocorre, a despeito das exigências normativas para garantir o atendimento aos beneficiários, estes podem se sujeitar a problemas no acesso, verificando-se ainda um aumento da judicialização nas relações das operadoras com prestadores e beneficiários, e eventual comprometimento da sustentabilidade econômico-financeira de operadoras.

Para fins dos trabalhos da agenda regulatória, a lógica adotada para os estudos foi de limitar o escopo das discussões majoritariamente à transferência e/ou compartilhamento de riscos e rede entre operadoras, sem perder de vista que podem ser observados, em algum grau, elementos de transferência e/ou compartilhamento de riscos entre operadora e beneficiários (a co-participação e a franquia, por exemplo); e entre operadoras e prestadores (quando a forma de remuneração ao prestador se dá por meio de "capitation", por exemplo).

TRANSFERÊNCIA E COMPARTILHAMENTO DE RISCO

Segundo IBGC e COSO¹, a transferência e/ou o compartilhamento de riscos apresenta-se como uma das possíveis estratégias de tratamento dos riscos corporativos a que uma

¹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Guia de Orientação para Gerenciamento de Riscos Corporativos**. São Paulo: IBGC, 2007. 48p.
COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION (COSO). **Enterprise Risk Management – Integrated Framework**. [s.l.]: Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, 2004.



empresa está sujeita, consistindo em atividades que visam reduzir o impacto e/ou a probabilidade de ocorrência dos eventos que poder trazer perdas a uma empresa.

Talvez a forma mais ilustrativa de transferir riscos na sociedade seja por meio da contratação de seguros, a partir da qual uma pessoa jurídica ou física busca uma seguradora que aceite pagar um montante financeiro ao contratante segurado no caso de ocorrência de um fato adverso previsto contratualmente. Em outras palavras, o contratante de um seguro busca mitigar os efeitos financeiros adversos de um evento transferindo ou compartilhando com a seguradora o ônus financeiro da sua ocorrência, mediante o pagamento de um montante financeiro predeterminado (prêmio).

Importante notar que esta estratégia não elimina o risco, pois não impede a ocorrência do evento adverso, consistindo, portanto, em uma forma de lidar com os efeitos financeiros avindos da ocorrência deste evento.

Não por acaso, o setor securitário é um dos setores no qual encontramos uma das maiores referências sobre o tema de transferência e compartilhamento de riscos, dentre os quais cabe destacar o Decreto Lei nº 73, de 1966, que integra as operações de seguros, os institutos do resseguro e cosseguro (formas mais conhecidas de transferir ou compartilhar risco entre seguradoras); e a Lei Complementar nº 126, de 2007 a qual define nos incisos II e III, do seu art. 4º:

"Art. 4º

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

*III - resseguro: operação de **transferência de riscos** de uma cedente para um ressegurador (...)" [GRIFO NOSSO]*

Sem que sejam necessárias maiores análises técnico-jurídicas é possível vislumbrar muitas semelhanças entre as operações de seguro e de planos de saúde (tais como o mutualismo e o estabelecimento de cobrança de valores pré-fixados pelas operadoras para custeio da assistência à saúde, etc), porém, o arcabouço regulatório iniciado com a Lei nº 9.656, de 1998, possui diversos dispositivos que impedem a aplicação direta dos conceitos securitários aos planos de saúde, especialmente pela ausência de limite financeiro de cobertura dos planos, e outras características elencadas no seu art. 1º:

"Art. 1º



*I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, **sem limite financeiro**, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, **integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada**, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;*

(...)

*§ 1o Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, **além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica**, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:*

- a) custeio de despesas;*
- b) **oferecimento de rede credenciada ou referenciada;***
- c) reembolso de despesas;*
- d) **mecanismos de regulação;***
- e) **qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor;***
e
- f) **vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.**" [GRIFOS NOSSOS]*

Enfim, ainda que a estrutura técnica do custeio e financiamento dos serviços de saúde possa ser semelhante, é inegável que os elementos acima transcritos diferenciam as operações de seguros de planos privados de saúde. Isso porque além da garantia de financiamento dos serviços contratados, também é prevista a garantia de acesso à assistência à saúde por meio de rede própria, credenciada ou referenciada.

Cabe destacar ainda outro fato diferenciador crucial entre o ambiente regulatório securitário e da saúde suplementar no Brasil: a utilização dos mecanismos de transferência de risco nas sociedades seguradoras é condição obrigatória para assunção de riscos acima de sua capacidade, independentemente da estratégia de gestão de riscos escolhidas pelas seguradoras.



Já no ambiente regulatório da saúde suplementar, apesar de haver exigência de cobertura de riscos sem limites financeiros, não há exigência de utilização de mecanismos de transferência e/ou compartilhamento de riscos. De fato, de uma forma geral, os demais dispositivos legais aplicáveis às operadoras não tratam de aspectos relacionados a este tema, limitando-se ao art. 35-M da Lei nº 9.656, de 1998, que prevê a **possibilidade** de contratação de resseguros pelas operadoras.

Porém, a existência de operações que consistem na transferência ou compartilhamento de riscos e/ou de rede no sistema de saúde suplementar é anterior à Lei nº 9.656, de 1998, e pode ser atribuída - smj e até por ausência de obrigatoriedade legal - à necessidade das empresas de mitigar os riscos a que estão expostos 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.

Por outro lado, conforme já apresentado, a Lei dispôs que são atributos básicos para fins de caracterização de operação de plano a **garantia de assistência à saúde** e a **garantia de cobertura financeira dos riscos** desta assistência. Portanto, torna-se mais delicada e complexa a presente discussão, mediante a implementação de medidas que possibilitem eventuais arranjos empresariais que visem a sustentabilidade econômico-financeira e assistencial do mercado, para transferir ou compartilhar seus riscos e rede sem desconfigurar o conceito de plano de saúde disposto na Lei 9.656/98 e, sobrepassando, conseqüentemente, a regulação setorial.

O DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS DA AGENDA REGULATÓRIA

Face a extensão e complexidade do tema, e visando dar encaminhamento objetivo aos trabalhos deste item da agenda regulatória, intencionalmente não se buscou o aprofundamento mais criterioso sobre as origens e justificativas para as operações já existentes no setor, privilegiando-se o debate, discussão e ampliação do conhecimento entre servidores (principalmente da DIOPE e da DIPRO), a fim de alinhar conceitos, levantar principais questões e problemas identificados, bem como ações e estudos já existentes relacionados aos aspectos de transferência e/ou compartilhamento de riscos e rede que demandam/demandaram alguma consideração da ANS.

Diante da esperada diversidade de entendimentos e terminologias empregadas sobre o assunto internamente, após esta primeira etapa, os trabalhos do grupo passaram para



uma segunda fase de conversas com os representantes de cada modalidade individualmente.

Inicialmente, optou-se por esta dinâmica a fim de que as reuniões captassem a ótica de cada modalidade sobre as operações existentes, de forma a prover um conhecimento conceitual isento da ANS sobre as nuances da operação completa e mapear as semelhanças e particularidades a serem tratadas, sempre visando obter subsídios para as ações seguintes.

Neste primeiro momento (de mapeamento das práticas) não se priorizou conversas com representantes das seguradoras especializadas em saúde, haja vista o entendimento de que tais conceitos tendem a estar mais relacionados àqueles já existentes ao setor de seguros. Além disso, não foram identificadas operações significativas em curso neste segmento atualmente.

DISCUSSÕES INTERNAS

Após as primeiras discussões, identificaram-se algumas questões relevantes quanto a pelo menos 5 itens que já estavam em discussão nas Diretorias e que, de alguma forma, estariam correlacionados com transferência de risco e de rede, tais como:

1) Resseguro direto em saúde:

Em 2009, a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, reguladora de resseguro no Brasil, fixou entendimento no sentido de que "apenas sociedades seguradoras podem ceder riscos para os resseguradores", inobstante o dispositivo previsto no artigo 35-M da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que possibilitaria a contratação direta de resseguros pelas operadoras. A ANS deu divulgação da posição ao setor por meio de seu site (<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/1073-resseguro-na-saude-suplementar?highlight=WyJyZXNzZWd1cm8iXQ==>).

Desde então, identificaram-se iniciativas legislativas em trâmite para alterar tal entendimento, sendo a principal o Projeto de Lei do Senado – PLS nº 259, de 2010, no qual se previa a alteração da Lei Complementar nº 126, de 2007; de forma a tornar possível a contratação direta pelas operadoras que não estejam organizadas sob a forma de sociedades seguradoras. Após período de discussão ao longo de 2011, o referido PLS acabou arquivado em 2014.



Além disso, durante as tratativas para assinatura de acordo de cooperação técnica entre ANS e SUSEP, foi suscitada a possibilidade de alteração de entendimento da Procuradoria da SUSEP quanto ao tema, razão pela qual os dois órgãos devem continuar a discussão para definição de um contexto regulatório mais definitivo sobre a questão.

2) Regulamentação do repasse da provisão para remissão:

Em 2004, a ANS regulamentou a constituição da Provisão para Remissão com objetivo de que as operadoras contabilizassem as obrigações decorrentes das cláusulas de remissão existentes nos seus contratos na provisão para remissão – tais cláusulas previam a garantia de plano de saúde sem pagamento das contraprestações durante um período determinado.

Ocorre que a DIOPE, ao operacionalizar o monitoramento da referida provisão se deparou com uma prática, especialmente entre cooperativas médicas, de repasse financeiro desta cobertura, na qual uma Unimed repassava valores referentes aos beneficiários ativos a outras (geralmente Federações ou Confederações) para que esta segunda cooperativa reembolsasse os gastos de assistência à saúde dos beneficiários já remidos na carteira.

Diante da operação na qual todo o atendimento do beneficiário continuava com a operadora que detinha o contrato original, mas o financiamento do benefício ficava por conta de outra operadora, emergiram diversas dúvidas no setor sobre qual operadora seria responsável pela constituição da provisão para remissão (a operadora que detinha o contrato com cláusula de remissão ou aquela responsável financeiramente pelos gastos com saúde).

A DIOPE então iniciou, em 2007, um processo para alteração normativa prevendo a possibilidade da criação de um "Termo Jurídico de Repasse da Responsabilidade entre Operadoras pela Assistência aos Beneficiários Remidos" no qual pretendia-se viabilizar a manutenção do compartilhamento de risco financeiro existente para a constituição da provisão para remissão, aumentando a segurança jurídica da operação por meio da assinatura de um termo que deveria preencher os requisitos mínimos previstos na norma.

A proposta foi apreciada pela DICOL e passou-se à discussão interna, na qual vislumbrou-se um possível conflito de atribuições com a SUSEP, razão pela qual foi procedida consulta formal àquela autarquia antes da publicação da norma.



Após discussões técnicas e jurídicas mantidas entre ANS e SUSEP, finalmente, em janeiro de 2014, a SUSEP comunicou o seu entendimento final, constante do processo, de que tal operação deveria estar no âmbito de regulação da ANS.

3) Discussão sobre entendimento quanto à transferência irregular de carteira nos casos de contratação de rede indireta envolvendo valores pré-estabelecidos:

A ABRAMGE, SINAMGE e SINOG encaminharam à Presidência da ANS, correspondência na qual as entidades demonstravam preocupação com autuações referentes à contratação de rede indireta que teriam sido consideradas como transferência irregular de carteira.

As entidades argumentam que as operações de compartilhamento de riscos e rede já existiam antes mesmo da Lei nº 9.656, de 1998, e que embora haja aspectos destas operações tratados em algumas normas da ANS e a inclusão como tema da agenda regulatória 2013/2014, não haveria uma legislação que delimitaria as regras para compartilhamento de rede e transferência de risco no setor, razão pela qual pleiteava a criação de um grupo técnico para discutir a matéria.

4) Pleito da UNIDAS no âmbito do GT de Autogestões quanto à área de abrangência geográfica de seus produtos:

Por meio da Portaria nº 5.913, de 2013, foi iniciado um Grupo de Trabalho (GT) de Revisão das Normas para Autogestões para tratar de demandas específicas da CUT e UNIDAS sobre autogestões. Dentre os pleitos apresentados uma das questões levantadas pela UNIDAS tratava da possibilidade flexibilização da contratação ou celebração de convênio de reciprocidade para localidade diversa daquela registrada na ANS, especialmente visando o atendimento de beneficiários de autogestões que estivessem temporariamente fora da localidade abrangida por seu plano.

Foi sugerido pelo citado GT que o assunto fosse tratado inicialmente no âmbito das discussões da agenda regulatória para uma avaliação mais completa da proposta e caso fosse pertinente alterações imediatas da norma estas já seriam inseridas juntamente com outras alterações em estudo para o segmento.

Como resultado das discussões na agenda regulatória, foi recomendada ao GT a alteração normativa que acabou sendo contemplada na RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 355, de 2014, com a inclusão do §2º ao art. 21 da RN Nº 137, de 2006:



"Art. 21....."

§ 2º As entidades de autogestão poderão oferecer cobertura em localidade diversa da área de atuação do produto aos beneficiários que estejam provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, na forma de serviço adicional devidamente registrado ou contratado, até o limite de 10% (dez por cento) do total de beneficiários de carteira.

5) Necessidade de alinhamento de conceitos internos quanto à responsabilidade pelos beneficiários:

Além dos pontos elencados, constatou-se a necessidade de alinhamento interno de conceitos, de forma a estabelecer ao menos uma estrutura básica para análise dos casos de transferência e/ou compartilhamento de rede.

Verifica-se que, do ponto de vista econômico-financeiro, não há na regulamentação óbices quanto ao compartilhamento e até a transferência total de recursos financeiros entre operadoras visando a garantia da prestação de assistência à saúde dos beneficiários. É certo que as regras contábeis contemplaram no passado tais operações por meio de transferência de corresponsabilidade cedida e assumida, sem entrar no mérito da estrutura jurídica ou das restrições a estas operações.

Tal arcabouço porém refletia em grande parte o conhecimento adquirido ainda na ótica da implantação do 1º plano de contas padrão (por volta de 2000), com a consultoria da FGV e participação de servidores oriundos da SUSEP, assemelhando-se, portanto, à regulação de seguros na qual os conceitos de exposição ao risco, cosseguro e resseguro são estabelecidos, mais do que por prática cotidiana, por dispositivos legais.

Por outro lado, especialmente no que diz respeito aos aspectos de informações assistenciais, o aperfeiçoamento dos normativos, especialmente a partir de 2009, afastou-se da abordagem de identificação dos beneficiários de acordo com a operadora responsável majoritariamente pela rede de prestadores de serviços assistenciais (beneficiário exposto, beneficiário não exposto, exposto não beneficiário) para uma abordagem de acordo com o vínculo contratual do beneficiário.

Em relação ao registro de produtos, toda a rede da operadora para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98 deve ser informada no sistema RPS. Os prestadores hospitalares são vinculados aos produtos, devendo ser informados o tipo



de relação com entidade hospitalar e disponibilidade dos serviços (item 8 do Anexo II da RN 85, de 2004):

8.1. A operadora deverá definir o vínculo com a rede, conforme abaixo:

8.1.1 - Própria: propriedade da operadora

8.1.2 - Contratualizada: instrumento formalizando a relação com a operadora

8.1.2.1 - Direta: instrumento jurídico assinado entre as partes

8.1.2.2 - Indireta: intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional. Nestes casos informar o nº de registro na ANS da operadora que contrata diretamente a entidade hospitalar.

Da mesma forma, a INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 46, de 2014, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos estabeleceu regras específicas para redimensionamento de rede hospitalar contratada de forma indireta (art. 9º).

Um tratamento diferenciado referente ao recolhimento de Taxa de Saúde Suplementar por Alteração de Dados de Produto - TAP nos casos de rede indireta também é previsto na RN Nº 89, de 2005 (art. 17-A).

Portanto, é possibilitada a contratação de rede assistencial intermediada por outra operadora, devendo tal informação ser corretamente registrada no sistema RPS.

Como se vê, as evoluções dos normativos da ANS não se deram necessariamente a partir de uma análise mais abrangente e completa sobre os mecanismos de transferência e compartilhamento de riscos e rede, e sim a partir da necessidade de alterações normativas pontuais, o que inevitavelmente pode vir a suscitar interpretações equivocadas e parciais quanto à estrutura das operações existentes dependendo da ótica normativa que se queira dar (plano de contas, SIP, rede, vínculo de beneficiários, etc), inclusive envolvendo prestadores².

Verificou-se, por fim, que independentemente das definições existentes na regulação, dependendo da modalidade da operadora sobre a qual se discutiam os fatos, a mesma operação costumava ser reconhecida por termos distintos tais como "repasso em pré",

² Uma das formas de remuneração dos prestadores reconhecida no setor denomina-se "capitation" e na essência consiste em um mecanismo de compartilhamento de riscos entre operadora e prestador. O instituto consiste no pagamento de um montante fixo da operadora ao prestador para viabilizar o atendimento de todos seus beneficiários na estrutura oferecida pelo prestador (geralmente hospitalar) independentemente da sua utilização.



"repasso em pós", "intercâmbio em custo operacional", "intercâmbio definitivo", "reciprocidade", etc.

REUNIÕES COM REPRESENTANTES DO SETOR

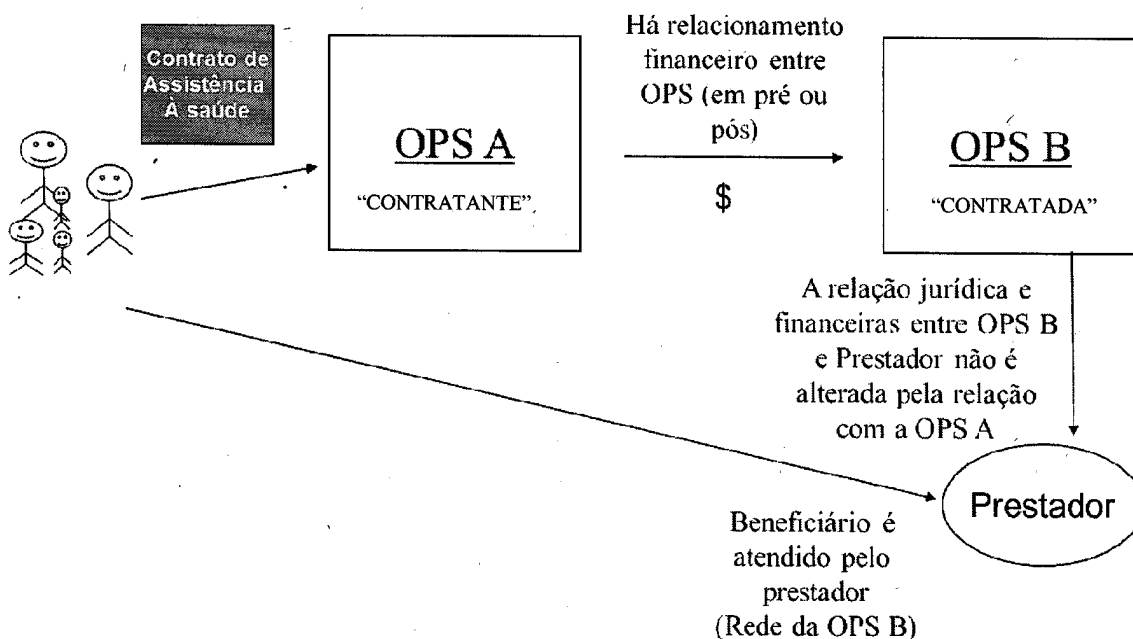
As reuniões com representantes das modalidades que atuam no setor ocorreram na sede da ANS, conforme a cronologia abaixo descrita:

- Representantes das Autogestões – UNIDAS: 19/02/2014;
- Representantes das Medicinas e Odontologias de Grupo – ABRAMGE, SINAMGE, SINOG: 24/02/2014;
- Representantes das Cooperativas Médicas e Odontológicas – UNIMED e UNIODONTO: 26/02/2014; e
- Reunião adicional em 24/04/2014 com representante do sistema UNIMED para tratar da remissão.

A partir destas reuniões foi possível coletar maiores informações sobre aspectos das operações praticadas no setor.

De forma geral, constatam-se o que chamaremos, para fins de sintetização neste trabalho, de dois modelos de operações de transferência e/ou compartilhamento de risco: com utilização de rede de uma operadora contratada ou não.

Modelo 1: Com possibilidade de utilização de rede de uma operadora contratada



O primeiro modelo identifica-se quando uma operadora (OPS A) contrata outra operadora (OPS B) para viabilizar o atendimento de seus beneficiários em uma região que a operadora contratada já possui vínculo direto com os prestadores. Com isso, os beneficiários passam a ter acesso à rede de outra operadora (OPS B), mantendo o vínculo contratual original (com a OPS A).

Este modelo também é conhecido na regulação como "rede indireta", mas possui diversas terminologias dependendo da modalidade em que esteja relacionada: "Intercâmbio definitivo" nas cooperativas, "Repasse" em medicinas e odontologias de grupo e "Reciprocidade" nas autogestões.

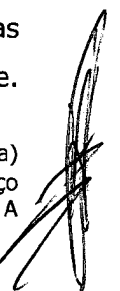
Segundo os representantes dos segmentos, tais operações são motivadas pela ausência de vínculo direto da operadora contratante com prestadores em uma determinada região ao qual há demanda de acesso dos seus beneficiários. Para viabilizar, operacional e economicamente este acesso, a operadora recorre a outra operadora que atua nesta região a fim de garantir o atendimento das coberturas contratadas. Os representantes manifestaram ainda que tal relação também pode ocorrer para viabilizar a cobertura do módulo odontológico, prevista em alguns produtos comercializados pelas cooperativas médicas e medicinas de grupo, por meio de contratação de uma operadora exclusivamente odontológica (cooperativa odontológica ou odontologia de grupo).

Quanto à forma de financiamento desta contratação, os representantes ratificaram que a relação entre as operadoras pode ocorrer por meio de preço pré ou pós estabelecido³, exceto nas autogestões, na qual se verificam apenas operações em pós.

No caso das cooperativas médicas e odontológicas, mais do que uma estratégia comercial, esta relação decorre de uma restrição existente segundo regras do sistema de cooperativas UNIMED e UNIODONTO no qual são delimitadas as regiões de atuação comercial de cada cooperativa (denominadas cooperativas singulares). Na relação entre elas prevaleceriam as regras institucionais dos respectivos sistemas, sem uma relação contratual formalizada entre as operadoras.

Nas autogestões, a principal questão motivadora, segundo os representantes, seria a inviabilidade econômica de contratação direta de rede de prestadores em algumas regiões. Daí a necessidade da formalização dos chamados convênios de reciprocidade.

³ Na relação de preço pré-estabelecido OPS A (contratante) paga um montante fixo à OPS B (contratada) independentemente da utilização de seus beneficiários na rede da OPS B (contratada). Já na relação de preço pós-estabelecido a OPS B (contratada) cobra de acordo com a utilização dos beneficiários da OPS A (contratante) em sua rede, adicionado de uma taxa de administração.



Tais convênios inclusive seriam possíveis com operadoras de outras modalidades como cooperativas médicas, por exemplo.

Nas medicinas e odontologias de grupo prevaleceriam as estratégias comerciais e operacionais das operadoras. Segundo representantes, em algumas regiões há parceria entre operadoras que são concorrentes em outras regiões, sempre formalizando as obrigações mútuas por meio de contrato entre as operadoras.

Quanto à comunicação aos beneficiários da relação entre as operadoras, com base nas afirmações dos representantes, não se identificou uma estratégia única e simplificada nas diversas modalidades que atuam no setor. Foram citadas situações desde a disponibilização de 2 carteirinhas (uma de cada operadora), uma carteirinha com logotipos das operadoras parceiras, distribuição de lista de prestadores de cada operadora diretamente à pessoa jurídica contratante ou no site das operadoras, dispositivos de identificação de cobrança na carteirinha, etc.

Em todas as modalidades o entendimento é de que há a existência de um esforço para deixar bem claro aos beneficiários qual rede de prestadores que eles deverão procurar atendimento. Porém reconhecidamente nem sempre ficaria claro aos beneficiários qual operadora detém o contrato principal no qual os beneficiários estariam diretamente vinculados.

Uma das principais diferenças observadas nas modalidades de operadoras que atuam no setor é quanto à regulação do atendimento aos beneficiários na rede da operadora contratada:

- Segundo representantes das autogestões, a operadora contratante é responsável principal pelo atendimento aos seus beneficiários. Caso ocorram problemas de autorização na rede da operadora contratada, os beneficiários são orientados à contatarem a operadora contratante que, por sua vez, trataria da questão junto à operadora contratada de forma a viabilizar o atendimento. Desta forma, segundo a UNIDAS, independentemente dos procedimentos de regulação de atendimento da operadora contratada junto à sua rede, prevaleceriam os procedimentos de regulação de atendimento da operadora contratante;

- Nas medicinas e odontologias de grupo, de acordo com os representantes, a forma de contratação levaria em conta a responsabilidade principal pelo atendimento aos seus beneficiários. Em contratações a preço pós estabelecido prevaleceriam os procedimentos de regulação de atendimento da operadora contratante no que tange às autorizações. Já



nas contratações a preço pré estabelecido, até por uma questão de celeridade, os procedimentos de regulação do atendimento dos beneficiários seguiriam inicialmente aqueles praticados na rede da operadora contratada, e no caso de problemas de atendimento dos beneficiários, a operadora contratante se responsabilizaria por garantir o atendimento;

- Nas cooperativas médicas e odontológicas, de forma geral os procedimentos de regulação do atendimento dos beneficiários seguiriam aqueles praticados na rede da operadora contratada, e no caso de problemas de atendimento dos beneficiários, a operadora contratante se responsabilizaria por garantir o atendimento.

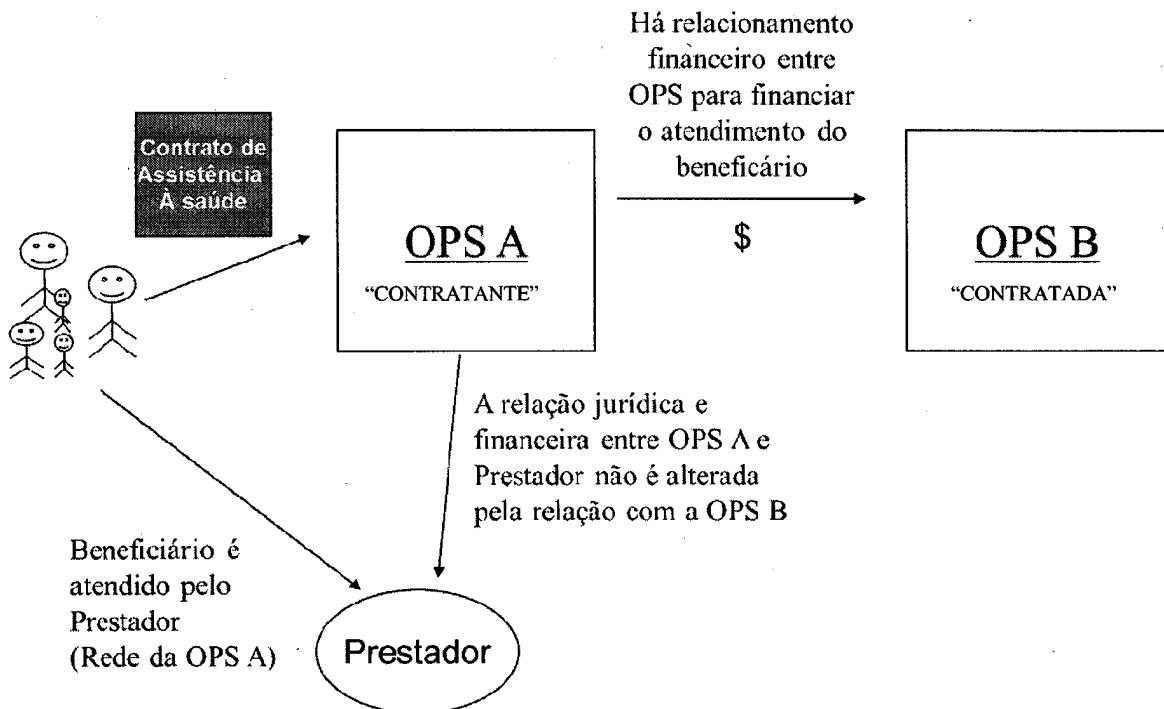
Em geral, a relação jurídica entre as operadoras nestas operações de transferência e/ou compartilhamento de riscos e rede não afeta a relação entre a operadora contratada e sua rede de atendimento. Entretanto, os problemas financeiros enfrentados por uma das operadoras tendem a causar transtornos no atendimento aos beneficiários seja por inadimplência da operadora contratante com a operadora contratada quanto por problemas na relação direta da operadora contratada com seu prestador.

Os representantes de todas as modalidades demonstraram ter empreendido, desde 2011, esforços adicionais visando atendimento à regulamentação de tempo máximo de atendimento, o que teria levado a algumas repactuações e revisões nos contratos entre operadoras. A norma de tempo de atendimento e as NIPs afetam aspectos da relação entre as operadoras envolvidas nestas operações, pois se por um lado aumentou a necessidade das operadoras contratantes em garantir o atendimento de seus beneficiários nos prazos previstos pela norma, por outro, a operadora contratada deve estar atenta para a capacidade da sua rede de prestadores atender não só a demanda de seus beneficiários, como aquela advinda dos beneficiários da operadora contratada.

Quanto ao atendimento aos beneficiários, verifica-se que atualmente a responsabilidade pela garantia de atendimento recai sobre a operadora que detém o contrato com o beneficiário, mesmo quando este ocorre na rede indireta. Tal lógica se baseia no fato de que a contratação ou relação da operadora contratada com outra operadora que detém o vínculo com a rede de prestadores, não isenta a operadora contratante de sua responsabilidade contratual perante os beneficiários.



Modelo 2: Sem utilização de rede de uma operadora contratada



O segundo modelo mapeado foi objeto de conversa com as cooperativas médicas, segmento no qual verifica-se o repasse financeiro entre operadoras para financiamento dos gastos dos beneficiários que usufruem dos benefícios advindos das cláusulas de remissão, previstas como coberturas adicionais dos produtos comercializados por algumas cooperativas.

Tais cláusulas consistem na isenção total das contraprestações durante um período de tempo, na ocorrência de um fato gerador previsto em contrato (geralmente a morte do beneficiário titular) mantendo-se a cobertura do plano. Algumas operadoras, visando a sustentabilidade do benefício durante o período em que tem que garantir "plano de saúde de graça" optaram por operacionalizar o financiamento por meio de outra operadora.

Segundo o representante do sistema Unimed, a principal operação conhecida no sistema é de responsabilidade da Unimed do Brasil e era o denominado Plano de Extensão Assistencial – PEA, sendo rebatizado para Benefício Família após a regulamentação da provisão para remissão, cujos impactos levaram a redução significativa de oferecimento deste tipo de cobertura.

Geralmente o benefício é garantido financeiramente por uma outra cooperativa que, no sistema cooperativista, é organizada sob a forma de uma federação ou confederação. Esta forma de organização é específica das cooperativas e está prevista na legislação que

trata do cooperativismo como sendo as cooperativas de 2º e 3º graus, sendo disciplinada por normas internas específicas entre as cooperativas (no caso da Unimed do Brasil há uma norma derivada específica sobre o Benefício Família, por exemplo). Para manifestar seu interesse, as operadoras assinam um termo de adesão ao benefício.

A cooperativa responsável pela garantia, com registro de operadora na ANS, em geral recebe valores fixos "per capita" das operadoras que comercializam os benefícios e pagam ou reembolsam os gastos dos beneficiários em gozo do benefício (remidos).

Esta operação não é necessariamente transparente para os beneficiários da operadora, pois com a manutenção do contrato entre o beneficiário e a operadora contratante, não há alteração de rede ou nos procedimentos para atendimento.

Um aspecto importante que se verifica é que esta operação é semelhante a que seria possível em um resseguro, à medida que a recuperação financeira dos eventos não estaria conjugada com qualquer transferência de atendimento dos beneficiários que permanecem atendidos pela rede da operadora na qual possuem vínculo contratual.

A semelhança desta operação com o instituto de resseguro motivou, conforme relatado anteriormente, discussão e debate técnico entre a ANS e SUSEP, gerando um impasse de interpretação entre os dois órgãos (isso porque, embora vise o custeio ou reembolso da assistência à saúde, sem limite financeiro, o fato gerador do benefício seria um risco segurável – geralmente a morte do beneficiário titular). Esta discussão foi pacificada pelo entendimento exarado pela Procuradoria da SUSEP de que esta matéria deveria ser regulada pela ANS, abrindo caminho para retomada da proposta de regulamentação deste repasse iniciado em 2007.

Importante ressaltar que o entendimento da SUSEP quanto à competência para regulação da matéria se restringe às operações executadas entre operadoras, não repercutindo nas operações existentes (ou que vierem a existir) entre operadoras/seguradoras e operadoras/resseguradoras.

EFEITOS DA LEI Nº 13.003, de 2014

Com a Lei nº 13.003, de 2014, reforçou-se a obrigatoriedade de existência de contratos escritos entre operadoras e prestadores e a substituição de prestador de serviços não hospitalar por outro prestador equivalente (anteriormente a obrigatoriedade se restringia à rede hospitalar).



Na regulamentação da lei, publicada em dezembro de 2014, foi reforçada a responsabilidade das operadoras por toda a rede de prestadores oferecida a seus beneficiários, independentemente da forma de contratação (direta ou indireta), aplicando-se também as regras de substituição de prestadores, exceto no que diz respeito à rede de cooperados e rede própria.

Como os efeitos da nova regulamentação, inclusive eventuais revisões contratuais, ainda são recentes, não foi possível qualquer tipo de avaliação de seus impactos nas transferências/compartilhamentos de riscos e rede existentes, o que deve ocorrer em um momento posterior.

CONCLUSÕES

As discussões e estudos sobre o tema foram extensos e contribuem para maior clareza das operações em andamento no setor. A eventual regulamentação dos principais aspectos envolvidos nas operações de compartilhamento de riscos e rede deve ser tratada de forma ampla e abrangente, entre todos os segmentos, preferencialmente sob a ótica dos modelos descritos no estudo, de forma a proporcionar maior entendimento e isonomia possível das obrigações e direitos das partes envolvidas.

O relato das discussões sobre o tema e todo o material produzido nas discussões foi apresentado à Diretoria Colegiada da ANS que, em sua 417ª Reunião Ordinária, realizada em 24 de março de 2015, deliberou pela continuidade dos trabalhos em Grupo Técnico com a divulgação do presente relatório final.

Os encaminhamentos propostos pela equipe responsável após as discussões devem ser tratados internamente entre as diretorias da ANS e devem ser objeto de discussão no referido GT.



WASHINGTON OLIVEIRA ALVES

Gerente de Habilitação, Atuária e Estudos de Mercado - GEHAE
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE



RAFAEL PEDREIRA VINHAS

Gerente Geral Regulatório da Estrutura dos Produtos - GGREP
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO