

CÂMARA TÉCNICA DE COMPARTILHAMENTO DE RISCOS

2ª Reunião

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE

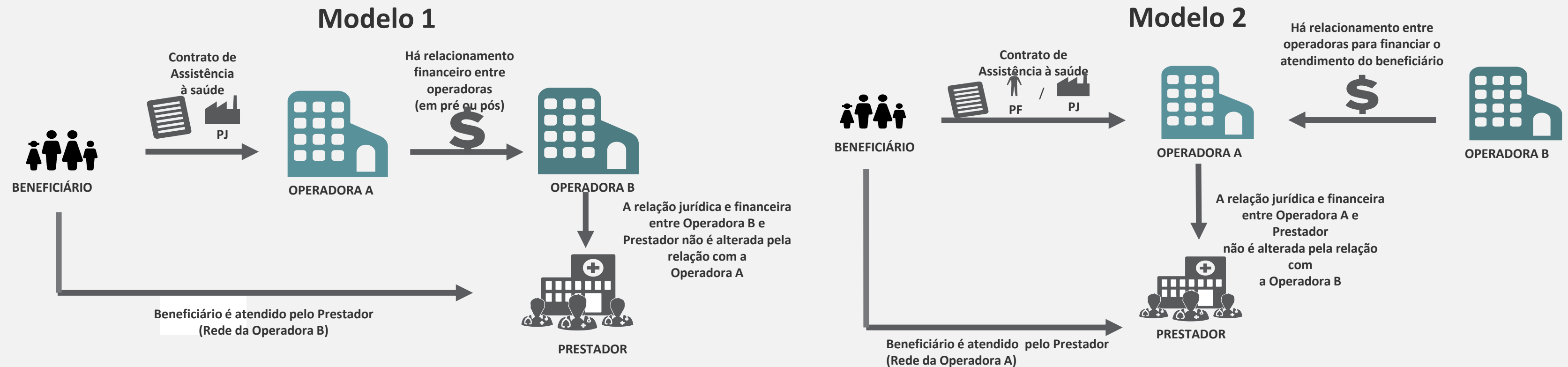
Abril/2017

Câmara Técnica de Compartilhamento de Riscos

- Aprovada pela Diretoria Colegiada na 458ª Reunião Ordinária - 25/01/2017
- Coordenação: DIOPE
- Objetivo : **colher subsídios e contribuições para posterior regulamentação sobre o tema**
- Participantes:
 - Representantes de Diretorias e Procuradoria Federal da ANS
 - Entidades representativas do setor
 - Convidados

Resumo 1ª Reunião

- Breve histórico das discussões anteriores à Câmara Técnica;
- Apresentação dos modelos de operações de compartilhamento de riscos mapeados:



- Motivação de regulamentação;
- Possibilidade de ampliação das discussões para operações com entidades não reguladas pela ANS;
- Propostas para discussão na Câmara Técnica

Propostas - Câmara Técnica (CT) de Compartilhamento de Riscos

- Contribuições, sugestões e informações sobre operações para DIOPE.

Prazo: 26/MARÇO/2017

- Regulamentação de diretrizes gerais para operações de compartilhamento de risco com utilização de rede de prestadores de operadora contratada (Modelo 1).
- Encaminhamento de subsídios para discussão no âmbito dos grupos técnicos na ANS, inclusive Comissão Contábil e de Solvência, para avaliação de ações e propostas de alterações de normativos existentes.
- Agenda 2º semestre:
 - Provisão para remissão (Modelo 2);
 - “Fundos solidários de risco” (Modelo 2);
 - Outros assuntos a definir a partir das contribuições do setor.



Agenda

- Tópicos/estrutura da minuta de Resolução Normativa (RN) → Modelo 1
- Contribuições do setor com considerações da DIOPE

Premissas da minuta de RN a ser proposta (Modelo 1)

- **Premissas importantes para discussão da minuta:**

Objetivo: Foco em colher subsídios para posterior regulamentação sobre o tema

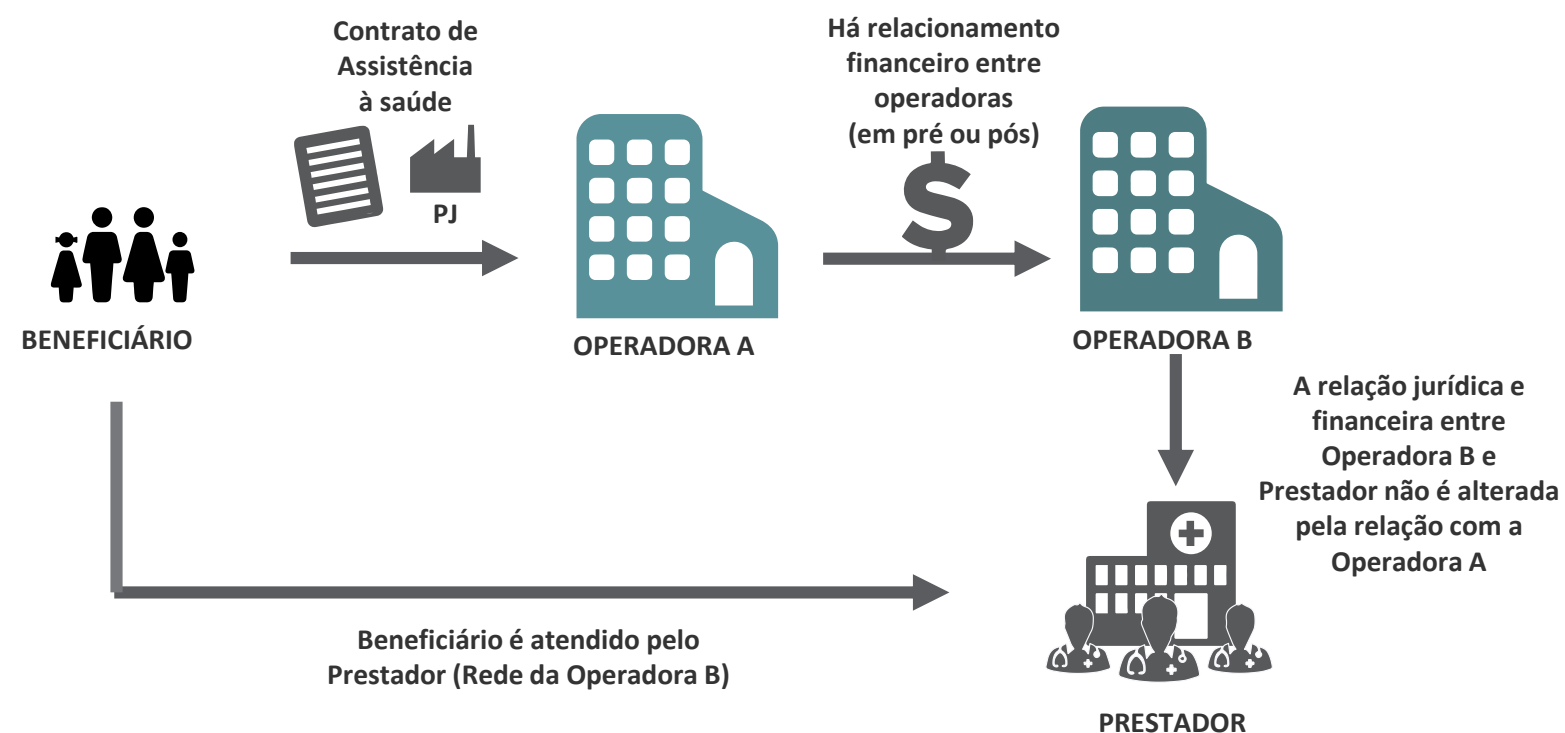
Escopo: Operação de compartilhamento de riscos com possibilidade de utilização de rede de prestadores

Observações:

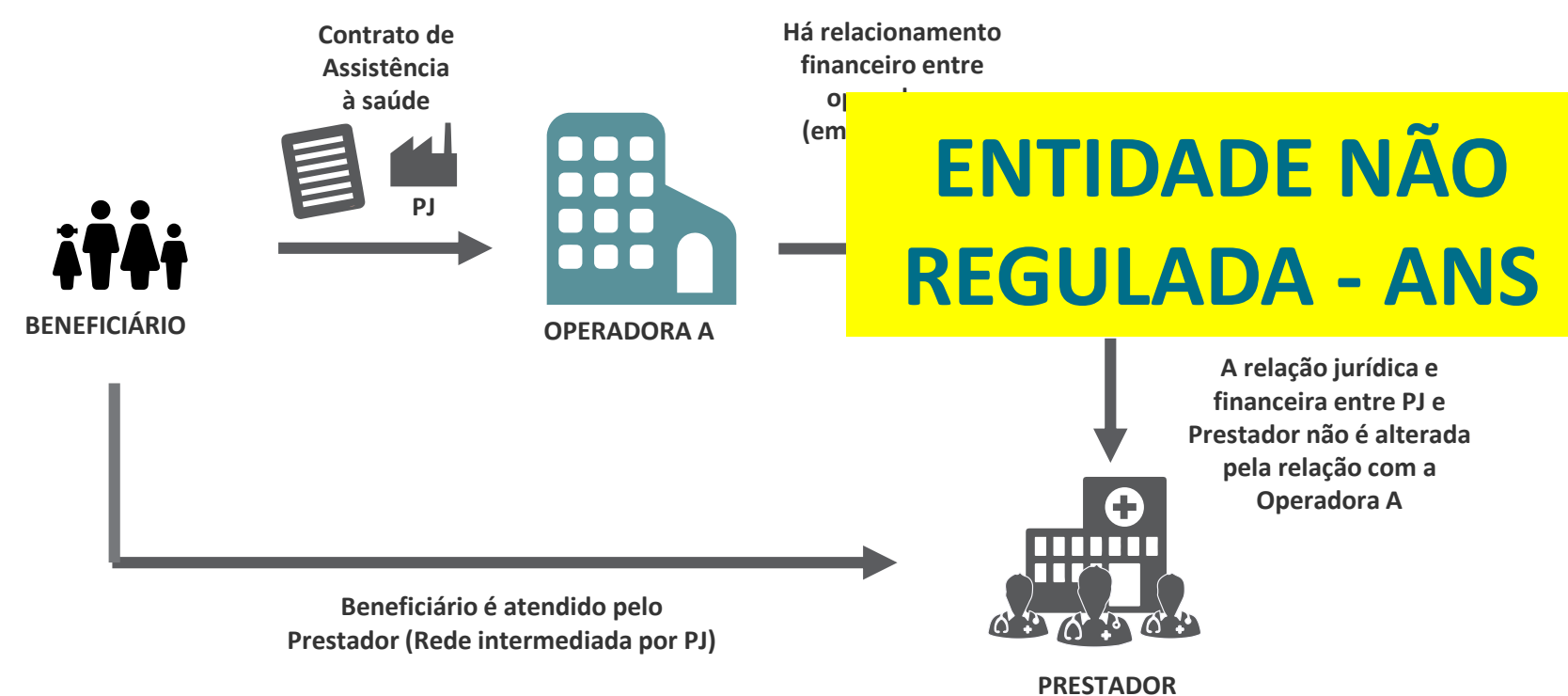
- Proposta inicial é de uma norma de **diretrizes gerais** que possibilitem ampliar a **segurança jurídica** das operações, a **transparência** da operação p/ beneficiários e prestadores, definindo **responsabilidade pelos beneficiários**.
- Impactos decorrentes das diretrizes propostas tais como detalhamento do registro contábil, estrutura e operação de produtos, alterações de outras normas, dentre outros, devem ser apontadas para avaliação do melhor encaminhamento pela ANS.
- Abordagem da operação sob a ótica de riscos corporativos (financeiros ou não) – **Todos os riscos** associados à operação de planos de saúde (pré ou pós).
- Com vistas a ampliar as discussões -> possibilidade de introdução de **entidades não reguladas pela ANS** na operação.

Operação de compartilhamento de riscos com utilização de rede de prestadores

Modelo 1



Modelo 1 (com PJ contratada – não regulada pela ANS - para intermediação de rede)



CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Delimitação da norma e definições importantes.

Abordagem sob a ótica de riscos corporativos associados à operação de saúde (contratação em pré ou pós): Relação jurídica com vistas a distribuir os riscos por meio de contratação de PJ para intermediação de rede de prestadores.

Definições relevantes: Operadora contratante (OPS “A” – mantém vínculo com beneficiário); Pessoa jurídica contratada (OPS ou não) e intermediação de rede de prestadores.

Importante:

Escopo da norma basicamente deve se ater ao compartilhamento de risco no qual há intermediação de rede de prestadores para viabilizar o atendimento aos beneficiários de plano de saúde.

As definições levam em consideração a possibilidade da pessoa jurídica contratada ser uma operadora com registro na ANS ou outra pessoa jurídica que faça intermediação de rede de prestadores com vistas ao atendimento dos beneficiários de uma operadora.

A possibilidade de contratação de entidade não regulamentada faculta a entrada de agentes no setor de prestação de serviços, pode viabilizar a criação de serviços inovadores e que melhorem a assistência, e aumentar a concorrência entre as entidades que fazem intermediação de rede.

Registro contábil das operações em caráter eventual já está claramente regulamentado no Plano de Contas Padrão.

CAPÍTULO II - DO RELACIONAMENTO JURÍDICO E FINANCEIRO ENTRE AS PARTES

SEÇÃO I - DO INSTRUMENTO JURÍDICO

Deve estabelecer a obrigatoriedade das operadoras pactuarem condições das operações de compartilhamento de riscos em instrumento jurídico.

Elementos mínimos:

- Deve prever a informação da utilização dos beneficiários da operadora contratante na rede intermediada em nível suficiente para cumprir as obrigações já previstas na regulamentação (envio de informação, registro contábil e outras);
- Quando a pessoa jurídica contratada também for operadora, deve ser capaz de diferenciar a utilização de seus beneficiários e dos beneficiários da operadora contratante;
- Possibilidade de contratação apenas em preço pós-estabelecido para entidades não reguladas pelas ANS ?

Importante:

A segurança da relação jurídica entre as partes é de fundamental importância para garantir a continuidade do atendimento ao beneficiário na rede intermediada pela pessoa jurídica contratada (OPS ou não).

Os instrumentos jurídicos pactuados não podem inviabilizar o acesso à informação de utilização dos serviços de assistência à saúde na rede de prestadores disponibilizada aos beneficiários. TODAS as operadoras já possuem obrigatoriedade de padronização de comunicação com sua rede, assim não vislumbra-se impactos da obrigatoriedade prevista no parágrafo único para o instrumento jurídico entre as partes. Tal troca de informação é inerente à contratação de serviços com remuneração pós-estabelecida, mas pode, inadvertidamente, ser ignorada quando a remuneração da pessoa jurídica contratada se dá por montante pré-estabelecido, uma vez que o risco financeiro é assumido pela empresa contratada.

A operadora contratante é SEMPRE responsável pela avaliação do equilíbrio econômico-financeiro de sua carteira e a prestação de informações assistenciais de seus beneficiários perante à ANS (SIP e TISS) e os próprios beneficiários (SIB e PIN-SS), o que torna necessária e indispensável a obtenção da informação da utilização de seus beneficiários na rede indireta.

A contratação apenas em preço pós-estabelecido para entidades não reguladas limita o risco financeiro retido por essas entidades e garante que a operadora continua a ser responsável por gerir os riscos da operação de planos de saúde constituindo garantias financeiras.

CAPÍTULO II - DO RELACIONAMENTO JURÍDICO E FINANCEIRO ENTRE AS PARTES

SEÇÃO II - DO REGISTRO E TRANSPARÊNCIA DAS OPERAÇÕES

Deve estabelecer a extensão da exigência de transparência aos beneficiários e prestadores, bem como ratificar a obrigatoriedade do ente regulado a cumprir as regras contábeis – **essencial para monitoramento econômico-financeiro das operações e dimensionamento das garantias financeiras exigíveis.**

Vínculo contratual do beneficiário deve ser facilmente identificado no acesso aos serviços de assistência à saúde (material institucional e carteirinha)

Importante:

A operação de compartilhamento de riscos deve ser transparente para todas as partes envolvidas, em especial aos beneficiários haja vista a necessidade de prestação de informações sobre o contrato e utilização dos beneficiários (RN 389 e TISS), e aos prestadores, quando cabível, face as negociações entre prestadores e operadora (previsão da RN 363).

A transparência aos beneficiários e prestadores facilita a estruturação interna das operadoras para registro contábil das operações (RN 290) de forma a identificar e avaliar os riscos assumidos decorrentes do atendimento aos seus beneficiários e dos beneficiários de outras operadoras na rede de prestadores.

CAPÍTULO III – DA RESPONSABILIDADE PELOS BENEFICIÁRIOS

Deve estabelecer de forma clara que a responsabilidade pelos beneficiários será **sempre** da operadora que mantém o vínculo contratual do plano, independentemente do seu atendimento ser feito em rede intermediada por outra pessoa jurídica (operadora ou não).

Importante:

A contratação de outra operadora não pode ter como objetivo repassar a responsabilidade pelo beneficiário, uma vez que não há repactuação do contrato com beneficiário, e sim viabilizar seu atendimento.

DIOPE entende que assumir o repasse de tal responsabilidade por meio da contratação de outra pessoa jurídica que faça intermediação de rede (operadora ou não), independentemente da forma pactuada entre as partes (pré ou pós), em análise preliminar consistiria em isentar de responsabilidade a operadora que mantém o contrato com os beneficiários.

CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Deve estabelecer prazo até 31 de dezembro de 2017 para readequação de instrumentos jurídicos, controles e estruturas internas necessárias ao fiel cumprimento das diretrizes gerais estabelecidas no normativo.

Será reforçada a necessidade de cumprimento, pelas operadoras, de todas as demais normas já vigentes.

Deve propor a alteração da RN nº 389, de 2015, e a RN nº 85, de 2004, apenas ao estritamente necessário para clarificar o conceito de rede intermediada em outras RNs vigentes (**rede indireta?**). Instruções Normativas – INs ou outros tipos de atos normativos não fizeram parte do escopo da alteração proposta.

Importante:

Não vislumbram-se impactos operacionais significativos na implementação de controles internos das operadoras para atendimento ao normativo, exceto quanto a possibilidade de ampliação da divulgação quanto à responsabilidade contratual e eventual repactuação de instrumentos jurídicos para troca de informações para contratos que estabeleçam remuneração pré-estabelecida (apenas com OPS nesta proposta). Para esta situação representantes do setor manifestaram, ao longo das discussões anteriores, receio com divulgação de informações estratégicas das operadoras (tabelas negociadas com prestadores), porém tal questão já foi enfrentada no âmbito das discussões do COPISS, ficando claro que a obrigatoriedade de detalhamento da utilização dos serviços de saúde e diferenciação da informação de valores financeiros envolvidos quando do envio de informações à ANS. Cabe destacar que a ANS sempre exigiu a informação de utilização dos beneficiários, inclusive para fins de registro contábil (Plano de Contas Padrão vigentes entre 2001 e 2011).

Uma vez definida a responsabilidade dos beneficiários e os elementos mínimos a serem exigidos na operação, eventuais alterações de normativos que tratam de contabilidade, garantias financeiras e aspectos de estrutura e operação de produtos poderão ter o presente normativo como referência inclusive para que sejam estabelecidos outros requisitos de informação ou restrições.

A RN nº 389, de 2015, exige transparência aos beneficiários de informações cadastrais e de utilização dos serviços de saúde disponibilizados pelo plano. As alterações sugeridas visam reforçar a transparência das informações cadastrais aos beneficiários.

Questões adicionais?



Resumo das contribuições enviadas

- **União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS:** No Ofício P nº 16/2017, a entidade ressalta a característica sem fins lucrativos das autogestões e a necessidade de equilibrar os custos. É citada a prática de reciprocidade anterior à Lei nº 9.656, de 1998, com objetivo inicial de viabilizar atendimento de beneficiários em trânsito em localidades na qual a autogestão não possuía rede. Cita como característica comum que a oferta, por patrocinadores, da mesma abrangência de assistência à saúde dos beneficiários ativos aos aposentados, que eventualmente mudam seu domicílio. Segundo a entidade, a reciprocidade apresenta-se como uma forma economicamente viável de oferta de rede em uma abrangência mais ampla e essencial para a continuidade dos beneficiários na autogestão. Por fim, UNIDAS pleiteia que eventual regulamentação não contraponha as necessidades das autogestões.

Comentários/Observações DIOPE: Proposta inicial de regulamentação deve ser de diretrizes gerais, com vistas a ampliar a segurança jurídica das operações existentes e possibilitar aperfeiçoamento de normas vigentes, **caso necessário**. Questões relacionadas a aspectos de abrangência de rede serão encaminhadas para outras instâncias de discussão técnica na ANS. O registro contábil do atendimento eventual dos beneficiários já se encontra regulamentado para todas as modalidades.

Resumo das contribuições enviadas (cont.)

- **Associação Nacional de Resseguradoras Locais - ANRE:** Por e-mail entidade ressaltou pouca familiaridade sobre os problemas operacionais e regulatórios da saúde suplementar. A associação refere-se ao “Modelo 1” como uma operação que pode ser denominada como “aluguel de rede” e que assemelha-se a uma terceirização dos serviços que também pode ser observado no ramo de seguro de automóveis. A entidade não vislumbra impedimento de que as empresas envolvidas possuam mesmo objeto social, salvo se existir alguma regulamentação que impeça a operadora de “ter receitas diferentes das obtidas pela atividade de prestação de serviços diretamente aos beneficiários”. Diante desse entendimento, a ANRE propõe que eventual regulamentação tenha foco em transparência da operação ao beneficiário; sem transferência do risco da Operadora “A” para “B”; qualquer informação ou responsabilidade deve ser sempre da Operadora “A”; e Operadora “B” deve ser considerada como qualquer outro prestador de serviços da Operadora “A”. No que diz respeito ao “Modelo 2”, ANRE reconhece a operação como semelhante ao “resseguro” e cita o posicionamento recente da procuradoria da SUSEP como um limitador para contratação de resseguro por operadoras (não seguradoras). Adicionalmente cita a ocorrência de contratação de seguros por operadoras em uma seguradora, que em seguida contrata uma resseguradora.

Comentários/Observações DIOPE: Dada a heterogeneidade das empresas que operam planos de saúde no país, um dos desafios da ANS é exatamente produzir uma regulamentação que seja abrangente o suficiente para tratar as particularidades das diversas modalidades de operadoras de forma a evitar custos regulatórios excessivos. A regulamentação setorial reconhece a possibilidade oferta de serviços de prestadores por meio de outra operadora (rede indireta). A limitação legal de acesso direto à contratação de resseguros junto a Resseguradoras tende a tornar o acesso ao resseguro como uma alternativa mais custosa em um setor (saúde) que já trabalha com baixas margens financeiras.

Resumo das contribuições (cont.)

- **Instituto Brasileiro de Atuária - IBA:** Instituto encaminhou correspondência CSaúde 03/2017, na qual destaca a existência de grupos internos de discussão entre atuários, reforçando a necessidade do gerenciamento de risco como alternativa para as peculiaridades do setor. A entidade sugere tornar mais clara a identificação do efetivo responsável pelos riscos, ressaltando a figura técnica do cosseguro como recomendável, definindo a operadora contratante como “líder” da relação administrativa (cobrança da mensalidade). Em sequência, o IBA relata dificuldade de operadoras de médio e pequeno portes vincularem ativos garantidores referentes a Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL) por questões operacionais, pleiteando a prorrogação da exigência por mais 180 dias e aprimoramento da rotina de livre movimentação dos ativos garantidores.

Comentários/Observações DIOPE: Ao longo das discussões com o setor não se identificou que as operações de compartilhamento de riscos praticadas prevejam uma figura de empresa “líder” da relação administrativa. Em situações de conflito de interesses no setor, geralmente são reportadas dificuldades de beneficiários identificarem a operadora que efetivamente detém a responsabilidade contratual. Há de se ressaltar que o cosseguro em si já possui legislação específica (Lei Complementar nº 126, de 2007) e a eventual adaptação de operações semelhantes na regulamentação de saúde suplementar requer maior análise jurídica com vistas a evitar conflitos de interpretação com a regulação do setor de seguros. De qualquer forma, a proposta inicial de regulamentação deve ser de diretrizes gerais, com vistas a ampliar a segurança jurídica das operações existentes e possibilitar aperfeiçoamento de normas vigentes, caso necessário, dentre as quais as formas de contratação dos planos de saúde. As questões relativas a ativos garantidores fogem do objeto da CT, porém ressalta-se que os critérios de movimentação de ativos garantidores vinculados à ANS foram objeto de audiência pública em 2017 e estão em processo final de regulamentação.

Resumo das contribuições enviadas (cont.)

- **Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - Unimed do Brasil:** Correspondência PRES 033/17 destaca que o sistema de cooperativas médicas denomina as operações de compartilhamento de riscos no denominado “Intercâmbio” que é regido por normas e regras próprias fixadas na Constituição Unimed. Em seguida, a entidade apresenta detalhadamente a descrição das operações existentes quanto a aspectos de operacionalização do atendimento dos beneficiários, cobrança, glosa, câmaras de compensação, detalhamento de procedimentos contábeis, envio de informações pelo TISS e aperfeiçoamentos estruturais que encontram em aperfeiçoamento entre as cooperativas, inclusive com vistas a adequação ao Plano de Contas 2017. A entidade sustenta que a contratualização entre Unimeds está disciplinada pelo regulamento do intercâmbio e diretrizes próprias, que vincularia todas as cooperativas do sistema Unimed, em observância a preceitos da Lei nº 5.764, concluindo pela ausência de necessidade de regulamentação adicional para o sistema de cooperativas médicas.

Comentários/Observações DIOPE: A proposta inicial de regulamentação deve ser de diretrizes gerais, com vistas a ampliar a segurança jurídica das operações existentes e possibilitar aperfeiçoamento de normas vigentes, **caso necessário**. Importante destacar que a eventual vinculação de uma cooperativa médica a um conjunto de regras internas do sistema Unimed não a dispensa do atendimento à regulamentação setorial, no qual a ANS, apesar de reconhecer a heterogeneidade do setor, pretende observar o máximo de isonomia possível.

Resumo das contribuições enviadas (cont.)

- **Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE:** Correspondência ABR.018/17 da associação observa a importância do assunto para ampliar a competitividade no segmento, possibilitando que operadoras “regionais” ofereçam cobertura de assistência à saúde em áreas mais abrangentes. A ABRAMGE ressaltou a urgência de regulamentação das operações em preço pré-estabelecido entre operadoras alegando que diversas iniciativas da ANS ainda não reconhecem esta prática, citando como exemplo o TISS e a possibilidade de que operadoras sejam prejudicadas no IDSS. Em sequência a associação sugere que a regulamentação deva “introduzir conceitos já consolidados em mercados mais maduros, como aqueles que regem a atividade do cosseguro no mercado segurador” e que tal abordagem poderia beneficiar o setor, detalhando uma série de questionamentos e sugestões que entendem fundamentais para o encaminhamento da proposta sobre aspectos de transparência, econômico-financeiros, divulgação de rede, substituição de prestadores-Lei nº 13.003, NIP e portabilidade de demitidos/aposentados. A entidade ressalta a necessidade de levar em consideração as interfaces que envolvem os sistemas de informação e exigências da ANS tais como SIB, TISS, Registro de Produtos, IDSS, PIN-SS e ressarcimento ao SUS, apresentando sugestões a serem apreciadas pela ANS. Por fim, a ABRAMGE solicita a revisão da RN nº 137, de 2006 (§2º do art. 21) de forma a permitir que a referida regra se aplique a qualquer tipo de operadora.

Comentários/Observações DIOPE: As discussões sobre TISS ocorrem no COPISS - Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (existente desde 2007) e a DIOPE já identificou que tal assunto abordado pela ABRAMGE não só é reconhecido, como tem sido objeto de excepcionalização nas exigências estabelecidas pela ANS ao setor. Naturalmente, a ausência de uma abordagem padronizada sobre as operações existentes no setor, também dificulta a padronização das informações, sendo esta uma das motivações da presente CT e razão pela qual a proposta inicial de regulamentação deve ser de diretrizes gerais, com vistas a ampliar a segurança jurídica das operações existentes e possibilitar aperfeiçoamento de normas vigentes, **caso necessário**. Algumas questões apontadas devem ser tratadas em um âmbito de discussão mais específico, mas a proposta inicial já deve esclarecer/ratificar alguns entendimentos da ANS sobre alguns assuntos.

Resumo das contribuições enviadas (cont.)

- **Federação Nacional de Saúde Suplementar - FENASAÚDE:** Encaminhado estudo realizado pela Comissão Contábil da FenaSaúde para contribuir com as questões relacionadas à contabilização da transferência de risco. Estudo apresenta detalhadamente propostas relacionadas à sistemática de contabilização e ressalta a necessidade de clareza da responsabilidade pelas informações (registro de produtos, TISS, SIB, SIP, DIOPS, RPC, registros auxiliares).

Comentários/Observações DIOPE: Proposta inicial de regulamentação deve ser de diretrizes gerais, com vistas a ampliar a segurança jurídica das operações existentes e possibilitar aperfeiçoamento de normas vigentes, **caso necessário**. As questões referentes à forma de contabilização deverão ser tratadas com maior detalhamento na Comissão Contábil, inclusive à luz das normas internacionais de contabilidade. A definição da forma contábil é essencial para o dimensionamento das garantias financeiras exigidas.

Encaminhamentos a serem definidos

- Prazo para novas contribuições do setor
- Sugestões de alterações de normativos já existentes devem ser acompanhados de justificativa técnica fundamentada e preferencialmente com indicação dos dispositivos a serem alterados.
- Caso seja necessário maior detalhamento sobre as contribuições, propostas e sugestões encaminhadas para a CT, a DIOPE poderá solicitar esclarecimentos adicionais aos representantes indicados.
- E-mail institucional exclusivo para comunicação: ct.compartilhamento.riscos@ans.gov.br



- E-mail institucional exclusivo p/ CT : ct.compartilhamento.riscos@ans.gov.br



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladora oficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



Ministério da
Saúde

