



Sistema Unimed ★★★★★

Há 50 anos cooperativo e presente, construindo o futuro com a tradição do passado

São Paulo, 22 de março de 2018

DRMS 022/18

À

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE OPERADORAS - DIOPE

COMITÊ PERMANENTE DE SOLVÊNCIA

At. Dr. Leandro Fonseca.

Av. Augusto Severo, 81 - 10º andar - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP nº 20021-040.

Ref. Propostas ao Comitê Permanente de Solvência

A **UNIMED DO BRASIL - CONF. NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, representante institucional do Sistema Unimed em âmbito nacional e operadora registrada na ANS sob o número 300870, por seu diretor de regulação, monitoramento e serviços, vem apresentar tempestivamente suas contribuições para o Comitê Permanente de Solvência, esquematizadas por assunto, tal como solicitadas na última reunião realizada em 06 de março de 2018.

1) Cálculo da Provisão de Insuficiência de Contraprestação - PIC

Inicialmente cumpre ressaltar que a Unimed do Brasil é contra a criação de provisões adicionais ao setor de saúde suplementar, sob pena de comprometer a sustentabilidade das operadoras que ainda atuam no segmento.

De qualquer forma, na hipótese da agência insistir com a PIC, sugerimos alternativas para realização do referido cálculo, quais sejam:

Alternativa 1

A utilização do índice combinado ampliado (COMBA), visto que a rentabilidade financeira é atividade inerente às operadoras e estas são obrigadas a investir os recursos das provisões técnicas, havendo, inclusive, orientação legal quanto à diversificação destes investimentos (RNs nºs 392 e 419). O índice COMBA também é utilizado nas publicações da ANS.



www.unimed.coop.br
Alameda Santos, 1827 - 10º andar
01419-909 - São Paulo - SP
T. (11) 3265-4176





Alternativa 2

O critério do cálculo com base nas projeções de receitas e despesas futuras é aceitável, entretanto, nesta situação específica, entendemos que não deve haver regra geral, mas apresentação de nota técnica atuarial com metodologia própria.

Cabe, ainda, algumas considerações sobre a PIC:

- a) Sempre deve existir a possibilidade de apresentação de Nota Técnica Atuarial para o cálculo com metodologia própria, que deve ter como requisitos mínimos as informações relativas às receitas e despesas, além de outros critérios a serem definidos pelo atuário responsável.
- b) Considerando que muitas operadoras possuem prestação de serviços, por meio de seu recurso próprio ou de sua rede credenciada, as despesas administrativas constantes na conta 46 do plano de contas da ANS (RN 390) devem ser reduzidas pelas despesas destes outros serviços, por meio de um processo de rateio, uma vez que as receitas destes outros serviços não compõem as contraprestações efetivas.
- c) Independentemente das alternativas propostas para o cálculo da PIC (alternativa 1 - Fluxo Passado ou 2 - Fluxo Futuro), a referida provisão referente aos planos individuais deve estar condicionada à autorização da REVISÃO TÉCNICA.

Deve-se levar em consideração que os beneficiários de planos individuais têm longevidade dentro das operadoras, sendo que boa parte deles tem longos anos de permanência. Como é sabido, o aumento dos custos assistenciais pelas novas terapias e outras tecnologias em saúde, além da majoração das coberturas ocasionadas pelas atualizações do rol de procedimentos, pressionam os custos assistenciais, agravando a sinistralidade do segmento, principalmente dos planos individuais, situação essa que faz com que muitas operadoras optem pela não oferta desses planos.

- d) Realização de cálculo global por operadora, pois, apesar de não haver dificuldades em segmentar as informações de contraprestações efetivas, valor de eventos líquidos e despesas comerciais por tipo de contratação, seria necessário a realização de rateios de despesas administrativas, situação agravada para as operadoras que possuem equipe própria de vendas.



Ressalte-se que o cálculo global ora proposto, incluiria os planos individuais somente se concedida a revisão técnica, conforme mencionado no item anterior - não é possível admitir que planos coletivos suportem a insuficiência de preços para compensar os planos individuais, que têm seus reajustes controlados.

- e) O cálculo da PIC deverá considerar o horizonte máximo de 12 meses, tanto para informações de receitas e despesas (histórica ou projetada), quanto para sua revisão.

2) PEONA SUS

Vale reiterar o posicionamento desta Confederação, no sentido que de não existem margens no setor de saúde suplementar que suportem mais provisões técnicas.

De qualquer forma, com relação à PEONA SUS, independentemente da metodologia proposta pela ANS, ela deverá demonstrar, de forma técnica e pública, as bases e premissas utilizadas.

Considerando que a realidade do ressarcimento ao SUS é diferente de estado para estado e de operadora para operadora, a nota técnica de cálculo genérico a ser editada pela ANS deveria levar em conta os segmentos de operadoras e até as regiões do país, caso os resultados das notas técnicas genéricas apresentem diferenças significativas diante dessas variáveis.

3) Teste de Adequação de Passivos - TAP

Com relação ao TAP é necessária uma definição em relação à convalidação por parte da ANS do CPC 11 para evitar futuros conflitos com as auditorias.

Entendemos que a realização do TAP é uma ação necessária para conhecermos eventuais inadequação dos passivos, mesmo sem a necessidade de reconhecê-los de forma imediata. Além disso, cabe a seguinte consideração quanto aos planos individuais:

- Pelo princípio do TAP, deverá ser avaliado eventual insuficiência de provisão até o final de vigência do contrato, trazida a valor presente. Na operação de saúde os contratos têm vigência



anual, sendo este o horizonte temporal a ser considerado, com exceção das coberturas relativas à remissão de mensalidades, já devidamente regulamentada que podem ter vencimentos a longo prazo.

Ressalve-se que para os planos individuais, principalmente para os planos não regulamentados, a ingerência regulatória existente não permite que ações de gerenciamento técnico propiciem o equilíbrio dos resultados, motivo pelo qual, sem uma política clara de revisão técnica dos planos individuais, eventuais aportes financeiros ou o simples reconhecimento de inadequação de passivos podem implicar em penalidades indevidas às operadoras, que apenas cumprem os dispositivos legais.

4) PROMOPREV - Modelo De Remuneração

Entendemos a preocupação do órgão regulador em relação ao tema. Entendemos, também, que a tímida participação das operadoras com a submissão e aprovação de planos de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças confirma os desafios existentes quanto ao tema, sejam nas ações preventivas, sejam na busca da mudança do modelo de remuneração que garanta a efetividade do tratamento do beneficiário, versus a geração de demanda incentivada pelo modelo *fee for service*.

Entendemos que o programa atual carece de ajustes, entretanto, tais ajustes não podem retroagir aos resultados atingidos, mesmo que tímidos.

A relação de investimentos entre planos de promoção e prevenção a saúde e incentivo regulatório deve continuar. Nossa sugestão é pela manutenção da regra atual com a dedução da margem de solvência dos valores investidos em planos de prevenção e promoção à saúde, além de incluir neste rol as despesas referentes ao *capitation* dos planos de atenção primária.

Entendemos que embora as despesas assistenciais originadas pelo *capitation*, por suas características, já ocorrem no mês de competência atuarial, a oficialização das mesmas como não sujeitas à constituição da PEONA pode se tornar um bom incentivo. Entretanto, considerar os produtos baseados em atenção primária, devidamente homologados pela Agência, como não



sujeitos à constituição da PEONA, representará, de fato, um incentivo efetivo para o aumento dos investimentos nos planos com este tipo de remuneração.

Por fim entendemos que, de forma a aumentar o incentivo no desenvolvimento de planos de prevenção e promoção à saúde, os planos aprovados que atingissem indicadores previamente definidos, poderiam não possuir a limitação de dez por cento (10%) de dedução do valor da margem de solvência existente na regra atual.

5) Governança Corporativa

Entendemos como fundamental a adoção de boas práticas de gestão para redução de riscos das operadoras e também, que estas não fiquem apenas nas recomendações, mas sejam implementadas de forma efetiva. As garantias efetivas da Governança Corporativa são obtidas não apenas com decisões estatutárias, mas, efetivamente, com ações práticas como a aplicação da tríade: Controles Internos, Compliance e Gestão de Riscos.

Assim sendo, de forma a abarcar a segurança e eficácia de processos, além de práticas previstas na ISO 31000, ora sugerida pela ANS, entendemos que a adoção de critérios de controles internos e compliance, como previstas em outros mercados regulados (BACEN 2554 e Circular SUSEP 249), ambas baseadas em critérios estabelecidos pelo COSO, base de controles internos da própria Lei americana SABANES OXLEY, complementarão a eficácia necessária ao cumprimento de critérios de governança.

Nesse sentido apresentamos as sugestões abaixo como contribuições para disseminação de melhores práticas de mercado aplicáveis ao segmento da Saúde Suplementar:

Para Riscos e Controles Internos:

- ISO 37000, que fornece os princípios e diretrizes para a gestão de riscos nas organizações. Esta norma recomenda o desenvolvimento e implementação de estrutura para integrar o processo de gerenciamento de riscos na governança, estratégia, planejamento, gestão, processos, políticas e cultura da empresa;



- COSO ERM (Enterprise Risk Management) - Committee of Sponsoring Organization of Treadway Commission - entidade sem fins lucrativos, dedicada à melhoria contínua da governança, ética, controles internos, demonstrações financeiras e demais padrões corporativos.

Para as áreas de Governança e Compliance

- Os parâmetros do Programa de Integridade contidas no Decreto nº 8.420/15, que regulamentou a legislação Anticorrupção nº 12.846/13;

- Critérios de avaliação de Empresa Ética, para obtenção do renomado selo denominada “Selo Pró-Ética”.

Práticas Internacionais Anticorrupção

- ISSO 37001 - Sistemas de Gerenciamento Antisuborno - esta norma especifica os requerimentos e prevê orientação para estabelecer, implementar, manter, revisar e aprimorar o sistema de gerenciamento antisuborno;

- Legislação Anticorrupção Americana - U.S Foreign Corrupt Practices Act - 1977, seu guia conhecido como FCPA Guide fornece subsídios para a construção de um programa de integridade com padrões reconhecidos globalmente.

Participação em Grupos de Trabalho e Engajamento em Ações Coletivas

- The Global Compact: fundada em 2003 a Rede Brasil do Pacto Global da ONU representa hoje a quarta maior rede local com 700 signatários. Conta um grupo de trabalho anticorrupção, buscando desenvolvimento de ferramentas e promoção de capacitação em sistemas de Compliance, com o objetivo de mitigar riscos de corrupção;

- A Transparência Internacional (TI) é um movimento global que tem uma visão: um mundo no qual governos, empresas, a sociedade civil e a vida das pessoas sejam livres de corrupção.

Para a Área de Segurança da Informação





- COBIT - Control Objectives for Information and related Technology. Trata-se de um framework focado na Governança de TI, que é mantido pela ISACA, um instituto de atuação internacional formado por diversas empresas de TI ao redor do Globo e que gera certificações de segurança, auditoria, governança e risco internacionalmente reconhecidas;

- A Norma ISO 27001 é o padrão e a referência internacional para a gestão da Segurança da Informação, assim como a ISO 9001 é a referência internacional para certificação de gestão em Qualidade.

Ressaltamos que o Sistema Unimed, após a implementação do Selo de Governança e a definição do conceito de Governança Cooperativa, por meio de indicadores com efetiva mensuração, tem obtido êxito na divulgação da cultura da Governança e se dispõe a compartilhar essa experiência de sucesso.

Ainda dentro da governança, a RN 277/11 foi um processo inovador implementado pela ANS, que se volta mais especificamente à gestão das operadoras de planos. Os procedimentos que envolvem a gestão da busca de excelência lastreados nos processos de acreditação das Operadoras são ferramentas que geram maior segurança à gestão e mitigam riscos.

Assim sendo, entendemos como fundamental que as operadoras de planos acreditadas pela ANS tenham um tratamento especial no que tange ao cálculo de seu risco, considerando que essas só conseguirão alcançar o mérito da acreditação, nos diversos níveis, se tiverem internalizados procedimentos de gestão baseados nos princípios da qualidade e boas práticas, como as acima mencionados e que envolvem todos os públicos relacionados.

6) Transição Capital Regulatório

Entendemos que é saudável o estabelecimento de um processo de transição do modelo de solvência atual para o de Capital Baseado em Risco.

Concordamos com a irreversibilidade do capital já constituído pelas operadoras sem que se tenha, ao menos, a previsibilidade do total de capital necessário para todos os riscos. Entretanto,



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional



que pode ser utilizada a experiência de outros mercados regulados, em especial o de seguros, regulamentados pela SUSEP, para a estimação da relação do risco de subscrição com o total de riscos do modelo de Capital Baseado em Riscos, visto que o mercado de seguros já regulou todos os riscos deste novo modelo.

Desta forma, estabelecida a relação “Y” proporcional acima, pode-se determinar o valor mínimo de capital para cada operadora que, no período de transição, optar pelo envio do modelo próprio do risco de subscrição como:

$\text{Max}(\text{RSmp}/Y; \text{MS escalonada em } t)$, sendo:

RSmp = Risco de Subscrição do Modelo próprio da Operadora, e

Y = proporção do Risco de Subscrição em relação ao total do Capital Baseado em Risco.

Outro ponto a ser destacado, é a ratificação do seguinte entendimento:

O valor da MS escalonada em “t”, sendo “t” da época da protocolização do modelo próprio do risco de subscrição.

São estas as contribuições oferecidas, que solicitamos que sejam apreciadas e incorporadas, já que têm como objetivo intrínseco o aprimoramento da saúde suplementar brasileira.

Atenciosamente.

Paulo Roberto de Oliveira Webster

Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços