



PROCESSO Nº: 33910.009935/2018-85

NOTA TÉCNICA Nº 1/2019/DIOPE

Assunto: Análise de Impacto Regulatório

Prezado Senhor Diretor-Adjunto,

I. Sumário Executivo

Nesta nota, é apresentado o relatório da análise de impacto regulatório referente à alteração da regra de capital vigente na saúde suplementar. Foram analisadas três opções: não fazer nada, implementar gradualmente capital baseado em riscos na saúde suplementar; implementar capital baseado em riscos na saúde suplementar a partir de 2023, quando a margem de solvência, regra atualmente vigente, estará integralmente constituída pelas operadoras de planos de saúde. A opção com os menores impactos negativos e maiores impactos positivos é a implementação gradual do capital baseado em riscos.

Essa opção caracteriza-se pela possibilidade de as operadoras optarem, até 2023, em manterem-se no regime de solvência atual, no qual o capital regulatório é estabelecido como o maior entre dois montantes: o patrimônio mínimo ajustado; a margem de solvência. As formas de cálculo de ambos, atualmente, são estabelecidas na RN 209, de 2009. Têm, também, a opção de utilizar o modelo padrão do capital baseado em riscos estabelecido pela ANS. Nesse caso, o capital regulatório seria determinado como o maior entre três montantes: o capital base (nova terminologia do patrimônio mínimo ajustado); 75% da margem de solvência para as operadoras que gozavam da permissão de escalonar a margem de solvência de acordo com a RN 209, de 2009; o resultado da aplicação do capital baseado em riscos.

Há que se notar que, atualmente, o modelo padrão do capital baseado em riscos é composto apenas pelo risco de subscrição. As parcelas do capital associadas aos demais riscos (crédito, de mercado, legal e operacional) serão calculadas posteriormente e incorporadas ao modelo. A incorporação de cada uma dessas parcelas será submetida à aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.

A proposta escolhida é condizente com o preconizado pela Associação Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), da qual a ANS faz parte, e com a experiência internacional. A sua implementação foi concebida considerando-se as peculiaridades do setor de saúde suplementar brasileiro, em especial, a existência de muitas operadoras de menor porte, para as quais o desenvolvimento de modelos próprios de capital é bastante oneroso.

II. Introdução

Este relatório visa apresentar as principais conclusões da análise de impacto regulatório referente à proposta de alteração da regra de capital vigente na saúde suplementar.

A proposta tem o objetivo de aperfeiçoar a regra de capital regulatório vigente para que se baseie nos riscos e peculiaridades da atividade de planos de saúde e consiste:

- Na constituição de capital conforme modelo padronizado de capital baseado em riscos a partir de janeiro de 2023, exceto para autogestões que iniciaram suas operações até 3 de julho de 2007, para as quais a adoção do modelo seria obrigatória a partir de janeiro de 2024;
- Na definição do capital regulatório de administradoras de benefícios inicialmente apenas pelo capital base (CB), uma vez que tais empresas não operam planos de saúde e, portanto não estariam sujeitas ao risco de subscrição;
- Na possibilidade de as autogestões por RH e autogestões com mantenedor não serem obrigadas a manter capital;
- Na introdução dos fatores do modelo padronizado de capital baseado no risco de subscrição;
- Na possibilidade de as operadoras optarem pela utilização antecipada de modelo padronizado de capital baseado em riscos entre o período de entrada em vigência da norma, se aprovada, e dezembro de 2023.

Como se verá, a proposta ora analisada é parte do projeto de aperfeiçoamento das regras de solvência na saúde suplementar, que se iniciou em 2010, quando a então Gerência de Habilitação, Atuária e Estudos de Mercado (GEHAE), da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, propôs plano de trabalho para aperfeiçoamento das regras de solvência na saúde suplementar. Em contexto mais amplo, a proposta é coerente com a experiência internacional e com as regras de capital vigentes nos setores segurador e bancário brasileiros.

Na seção seguinte, a proposta é contextualizada e é feito breve relato da experiência internacional. Esta não é etapa obrigatória da análise de impacto regulatório, mas, nesse caso, julga-se ser importante que o leitor compreenda o contexto da proposta. Nas seções posteriores, são sumariadas as etapas usuais da análise de impacto regulatório: definição do problema regulatório; identificação da base legal que ampara a atuação da ANS; identificação dos atores ou grupos afetados pelo problema regulatório; definição dos objetivos que se pretende alcançar; descrição das possíveis alternativas de ação; análise dos possíveis impactos e comparação das alternativas de ação consideradas; análise dos impactos administrativos e operacionais para os órgãos da ANS; estratégia de implementação, fiscalização e monitoramento.

III. Experiência internacional

A regra de solvência a ser cumprida pelas operadoras de planos de saúde é, em linhas gerais, a mesma desde 2001, quando entrou em vigência a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 77. O montante a ser mantido pelas operadoras com mais de doze meses de operação baseia-se no total das

receitas com contraprestações ou nos eventos/sinistros indenizáveis. As operadoras são diferenciadas apenas pelo volume de suas atividades.

Esse modelo foi usado durante bastante tempo em diversos países, na supervisão de seguros gerais e de saúde. As crises financeiras do final do século passado e início deste, contudo, mostraram suas limitações. Surgiu consenso de que era preciso estimular o aperfeiçoamento da gestão de riscos das seguradoras por meio das regras de solvência. Era preciso, ademais, aumentar a aderência do capital exigido aos riscos que os regulados correm.

Em diversos países, seguiu-se movimento de alteração dos regimes de solvência para modelos baseados nos riscos incorridos pelos agentes regulados. No setor bancário, os aperfeiçoamentos da regulação foram induzidos pelos acordos de Basileia, dos quais o Brasil é signatário. O primeiro acordo foi firmado em 1998, tendo sido sucedido por Basileia II (2004) e Basileia III (2010), que ainda está em implementação. Os três acordos instituíram regras para a regulação do capital dos bancos baseada nos riscos incorridos.

No setor segurador, incluindo os seguros de saúde, dois movimentos na esfera internacional induziram modificações em jurisdições ao redor do mundo. A Associação Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), da qual a ANS faz parte, foi criada em 1994 e, atualmente, reúne supervisores de mais de 200 jurisdições. Em 1999, foram adotados os primeiros princípios básicos de seguros, revisados e expandidos em 2003. Em 2011, a IAIS promoveu reforma abrangente dos princípios básicos de seguros. Essa versão, vigente, recomenda que os supervisores abordem todas as categorias relevantes e materiais de riscos e que sejam explícitos quanto aos riscos que são considerados nas regras de solvência.

Paralelamente, a Comunidade Europeia, em 2009, publicou a Diretiva 2009/138 do Parlamento Europeu e do Conselho, conhecida como Solvência II. Estabelecida com o fim de uniformizar a supervisão dos seguradores nos países da Comunidade, a proposta da Solvência II incluía, em seu preâmbulo, a necessidade de tornar a regulação condizente com os avanços em outros setores financeiros e de adotar abordagem econômica baseada no risco, incentivando as empresas de seguros e resseguros a avaliarem e gerirem corretamente seus riscos. O processo para efetiva implementação do Solvência II foi longo e conturbado, mas, em 2016, a diretiva foi implementada, passando a regulação dos países da Comunidade a ser baseada nos riscos incorridos pelos seguradores, incluindo os seguros de saúde.

A fim de estimular o aprimoramento da gestão de riscos das operadoras, o projeto Solvência II foi concebido com base em três pilares: requerimento mínimo de capital; revisão do órgão supervisor (requisitos qualitativos); disciplina de mercado (transparência). O requerimento de capital tendia a ser o pilar mais significativo em termos de impacto nas atividades dos agentes regulados. Cada agente poderia desenvolver seu modelo interno de capital baseado nos seus riscos. Contudo, reconhecendo haver muitas seguradoras de pequeno porte na Europa, para as quais o ônus de desenvolver modelos próprios seria grande, foi desenvolvida uma fórmula padrão, que pode ser utilizada pelos regulados.

O segundo pilar refere-se aos requisitos qualitativos, que contribuem para o desenvolvimento da gestão de risco e dos controles internos dos regulados. Trata-se da implementação de regras de governança e boas práticas que contribuam para a redução dos riscos. O terceiro pilar visa garantir a transparência das atividades e dos riscos das seguradoras. O objetivo é permitir que todos os interessados

tenham acesso aos elementos necessários para conhecer a situação da operadora, sua gestão e seus processos de gerenciamento aos riscos.

Muitas jurisdições foram influenciadas pela Solvência II, tais como, Suíça, Canadá, Austrália, China, Japão, Singapura, África do Sul, México e Chile^[1]. No Brasil, a supervisão do setor de seguros gerais foi aprimorada nas últimas décadas tendo como inspiração o projeto Solvência II. Há, também, países que implantaram regulação de solvência baseada em riscos de forma diferente da Europa. Nos Estados Unidos, a regulação do setor segurador, incluindo de seguros de saúde, baseia-se em fórmula baseada em fatores de riscos e considera todos os riscos que são quantificáveis e materiais para a indústria. O risco estratégico, reputacional e de moeda não estão explícitos na fórmula, cujos fatores são derivados de dados históricos da indústria. Modelos internos são usados para o risco associado a taxa de juros e ao risco de mercado de forma limitada^[2].

Em linhas gerais, o que se nota é que há um novo consenso internacional de que a regulação econômico-financeira de setores cujos agentes têm por atividade principal o gerenciamento de recursos de terceiros deve considerar os riscos e peculiaridades dessa atividade. Isso se aplica ao setor bancário, ao segurador, no qual o segurado paga antecipadamente pela eventual cobertura de um risco pré-estabelecido, e ao setor de planos de saúde, cujo ciclo financeiro é, ao menos para planos em preços pré-estabelecidos, semelhante ao do setor segurador, pagando o beneficiário antecipadamente por cobertura abrangente de serviços de saúde que utilizará se necessário. Em cada país e setor, contudo, esses elementos comuns são interpretados e aplicados de forma diferente. Pretende-se, neste relatório, apresentar os elementos que levaram a DIOPE a concluir que a proposta a ser apresentada à Diretoria Colegiada é a melhor para o setor de saúde complementar brasileiro.

IV. Identificação do Problema

IV.1. Contextualização do Problema

A regra de solvência vigente na saúde suplementar é oriunda de formulação desenvolvida por Campagne em 1961, com base nas informações de dez seguradoras suíças do ramo não vida^[3]. O trabalho apontou que uma margem de 25% sobre o prêmio retido seria suficiente para garantir a solvência das seguradoras. Na adaptação para a saúde suplementar brasileira, a margem passou a ser o maior valor entre 20% da receita com contraprestações nos últimos doze meses de planos com preço preestabelecidos (50% das contraprestações para planos com preços pós-estabelecidos) e 33% dos eventos/sinistros de planos com preços preestabelecidos (50% para planos com preços pós-estabelecidos). Essa adaptação, contudo, apenas seguiu o que era utilizado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP na supervisão de seguros gerais por uma questão de isonomia regulatória, uma vez que tais regras foram convalidadas pela ANS após inclusão das seguradoras no âmbito da regulação da sua regulação^[4]. Não houve estudo que verificasse se os percentuais utilizados seriam adequados para a saúde suplementar brasileira.

Permite-se, contudo, a substituição da regra geral por modelo próprio baseado nos riscos da operadora. A Instrução Normativa (IN) que regulamenta os critérios para apresentação de modelo próprio foi publicada em 2007. Apenas em 2018, houve a primeira submissão de modelo próprio, ainda

em análise pela DIOPE. Também neste ano, sete operadoras apresentaram à DIOPE projetos em desenvolvimento para implementar modelo próprio de capital baseado nos riscos das operadoras.

Algumas hipóteses podem ser feitas sobre o desinteresse inicial das operadoras em desenvolverem modelos internos de riscos a serem utilizados na aferição dos requerimentos próprios de capital. Para a maior parte das operadoras, permitiu-se o escalonamento da margem de solvência. Nos anos iniciais de escalonamento, é provável que o resultado dos modelos internos de capital, mesmo para as operadoras que têm estrutura de gerenciamento de riscos bem desenvolvida, fosse maior do que a exigência decorrente da aplicação da regra da margem de solvência. Além disso, o desenvolvimento de modelo de capital baseado em riscos não é simples. Tampouco é simples incorporar a modelagem ao processo de gerenciamento de riscos da companhia, como requer a IN 14, da DIOPE, de 2007.

O aperfeiçoamento da regra geral, por sua vez, vem sendo discutido desde 2010, quando a então Gerência de Habilitação, Atuária e Estudos de Mercado (GEHAE) da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE – propôs plano de trabalho para aperfeiçoamento das regras de solvência na saúde suplementar. O objetivo é tornar a regulação de capital da saúde suplementar aderente aos riscos e peculiaridades das operadoras e, com isso, estimulá-las a melhor gerenciar seus riscos. Esse projeto foi encampado pela DIOPE, que o incluiu na Agenda Regulatória de 2011/2012. Naquele biênio, o projeto foi escolhido como um dos quatro da ANS para os quais seria realizada análise de impacto regulatório (AIR) completa, sob supervisão do Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para a Gestão em Regulação (PRO-REG).

Com o intuito de dar prosseguimento aos estudos, foi formado grupo técnico de solvência em 2013 [5]. A partir das discussões do grupo técnico, foram feitos aperfeiçoamentos pontuais na RN 209, de 2009, e na IN 14, de 2007, mas concluiu-se que seria necessária a criação de comissão permanente para estudo da margem de solvência e de seus aperfeiçoamentos. A Diretoria Colegiada da ANS, em junho de 2014, deliberou pela criação dessa Comissão.

Os trabalhos da Comissão Permanente de Solvência (CPS) iniciaram-se em 2015, quando foi enviado a todas as operadoras de planos de saúde, exceto as administradoras de benefícios, questionário de riscos. Com base nas respostas ao questionário de riscos, foram iniciados estudos e discussões na CPS que resultaram na instituição de mecanismos para facilitar a saída dos agentes que não tenham condições de atuar no setor, no aperfeiçoamento das regras de provisionamento no setor, incluindo a previsão, na RN 435, de 2018, de obrigatoriedade de realização de teste de adequação de passivos (TAP) para operadoras de grande porte a partir de 2020 e na aprovação pela Diretoria Colegiada de normativo concernente à gestão de riscos e aos controles internos. Também foi aprovada a RN nº 443, de 2019, que trata da governança e gestão de riscos das operadoras de planos de saúde.

Paralelamente, em 2017, a OPAS, por solicitação da ANS, contratou a elaboração de estudo de avaliação do risco de subscrição no setor de saúde suplementar e treinamento para servidores da Agência sobre a modelagem do capital baseado no risco de subscrição.

IV.2. Identificação do Problema

Como é cediço, a operação de planos de saúde em pré-pagamento tem ciclo financeiro reverso, ou seja, as operadoras captam recursos, na forma de contraprestações pecuniárias, para garantia de serviços

de assistência à saúde. Sendo o ciclo reverso, caso a operadora não administre corretamente os recursos captados, pode não ser capaz de prover a cobertura contratada quando o beneficiário necessitar. Não sendo pré-determinados os serviços que os beneficiários efetivamente utilizarão, nem toda a despesa é previsível.

Se os gestores das operadoras adotarem condutas prudentes na administração e gerirem adequadamente os riscos de sua atividade, é maior a probabilidade de que a atividade da operadora não precise ser interrompida ou, em outros termos, que a operadora se mantenha solvente. Mas, se não o fizer, é possível que a atividade tenha de ser interrompida, prejudicando beneficiários, que pagaram por serviço (cobertura em caso de determinado evento) que não estará disponível.

Além disso, a saída abrupta de uma operadora pode levar consumidores de outras operadoras a perderem a confiança de que a cobertura será provida quando dela houver necessidade. Outras operadoras podem ser afetadas em decorrência da diminuição da demanda causada pela perda de confiança no setor ou por serem compelidas a aceitar beneficiários sem poder estabelecer períodos de carência ou de cobertura parcial temporária. Prestadores de serviços de saúde podem não receber os valores devidos por serviços já prestados aos beneficiários do ente que saiu do mercado. Por essas razões, foram estabelecidas regras de entrada, existem regras de solvência e regras de saída na saúde suplementar.

As regras de solvência compreendem tanto os normativos que dispõem sobre as provisões técnicas, relacionadas às despesas esperadas, quanto as regras de capital, que visam garantir a manutenção de recursos suficientes para contrabalançar despesas não previstas. Recentemente, a ANS aperfeiçou o normativo de provisões técnicas, a fim tornar obrigatórias as provisões de insuficiência de contraprestações e para eventos ocorridos e não avisados que tenham sido realizados na rede pública em beneficiários de planos de saúde. Com isso, as principais despesas esperadas, se não todas, serão provisionadas. A regra de capital, como relatado acima, não sofreu alteração substantiva desde 2001.

A perenidade da regra de capital não é um problema se esta permanecer adequada. Conforme o princípio básico de seguros nº 17, da Associação Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), o supervisor deve estabelecer requerimentos de capital com fins de solvência de forma que os seguradores possam absorver perdas não previsíveis significativas. Paralelamente, a exigência de níveis de capital excessivamente altos aumenta as barreiras à entrada no setor e diminui o retorno do capital, o que tende a prejudicar a competição. Internacionalmente, muitos países aceitam a probabilidade de insolvência anual de 0,5% na determinação do capital regulatório.

Como mencionado anteriormente, a ANS, por meio da OPAS, contratou estudo para desenvolver modelo de capital baseado no risco de subscrição do setor. Embora o estudo abarque apenas um dos cinco riscos associados à operação de planos (restando ainda os riscos de crédito, mercado, legal e operacional), os resultados da aplicação desse modelo sugerem que o capital estabelecido com base na margem de solvência pode não estar adequado às peculiaridades e riscos do setor, especialmente se considerarmos a perspectiva de que o risco de subscrição seja o mais relevante nas operações em preço pré-estabelecido^[6] - a mais comum no setor de saúde suplementar.

Além disso, na regra atual, não há transparência sobre quais riscos estão sendo considerados e como são agregados na margem de solvência, como é recomendado no princípio básico de seguro nº

17 da IAIS. Assim, muitas operadoras não associam a necessidade de capitalização à sua gestão de risco e não são estimuladas a melhorá-la. Isso foi constatado pela ANS nas respostas das operadoras ao questionário de riscos realizado em 2015. Pouco mais de 35% das operadoras afirmaram ter um setor responsável pela avaliação do risco de subscrição, apesar deste ser o risco mais relevante para a maior parte das operadoras.

No que tange às administradoras de benefícios, imperioso notar que não têm risco de subscrição, mas têm risco de crédito, de mercado, operacional e legal. Assim, quando for avaliado o capital baseado nesses riscos, é importante que se avalie também a necessidade de capital das administradoras de benefícios. Atualmente, é possível afirmar que permanece um problema anteriormente constatado e apresentado à Diretoria Colegiada na 423ª Reunião Ordinária, de 24 de junho de 2015^[7]: o patrimônio mínimo exigido para atuação no setor não é suficiente para desestimular a entrada de agentes que não tenham condições de atuar como administradoras. O montante de capital exigido é, no máximo, R\$ 170.064,65.

Embora a saída de administradoras não gere tantos prejuízos a terceiros quanto de operadoras médico-hospitalares ou odontológicas, também tende a onerar as operadoras com as quais mantinham contratos, os terceiros que as contrataram e a própria ANS, que despense recursos para fiscalizar esses agentes.

V. Identificação da base legal que ampara a atuação da ANS

A ANS tem competência legal para regular a matéria, estabelecida no inciso XLII do art. 4º da Lei 9.961, de 2000. Desde 2001, quando entrou em vigência a RDC 77, o assunto é regulado pela Agência. Aquele normativo foi sucedido pela RN 160, de 2007, que foi revogado pela RN 209, de 2009, atualmente em vigência.

V.1. Normas legais e infralegais relacionadas à matéria do ato proposto

Além da Lei 9.961, de 2000, que, no inciso XLII do art. 4º estabelece a competência da ANS para estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde, a Lei 9.656, de 1998, estabelece, no art. 22, a submissão das contas das operadoras de planos de saúde a auditores independentes, o que se relaciona a matéria em análise porque o cumprimento das regras de solvência é aferido por meio dos demonstrativos econômico-financeiros encaminhados à Agência.

A RN 209, de 2009, em seus dispositivos referentes aos recursos próprios mínimos, trata da matéria ora em discussão. As regras estabelecidas pela RN 209, de 2009, no entanto, baseiam-se em fatores simples e podem não refletir a real necessidade de capital de uma operadora. Considerando-se que a ANS já iniciou estudos e discussões sobre a implementação do modelo de capital baseado em riscos, que o estudo sobre o capital baseado no risco de subscrição foi concluído e seus resultados indicam que a margem de solvência, para a maior parte das operadoras, não reflete os riscos que incorrem, julga-se necessário substituir a norma atualmente vigente por outra, que incorpore os resultados dos estudos e discussões realizados.

A IN 14, da DIOPE, de 2007, também está diretamente relacionada com esta matéria. Esta Instrução regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação da margem de solvência pela utilização de modelo próprio baseado nos riscos das operadoras de planos de saúde. Até o momento, apenas uma operadora submeteu modelo próprio de capital baseado nos seus próprios riscos, mas esse número tende a aumentar com o desenvolvimento da gestão de riscos das operadoras. No projeto de aprimoramento das regras de solvência, o estímulo para que as operadoras formulem modelos próprios de capital é um dos pontos centrais, pois modelos customizados, se formulados conforme os preceitos da regulação, tendem a melhor refletir os riscos das atividades da operadora do que modelos padronizados.

A IN 50, da DIOPE, de 2012, regulamenta os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora, a serem considerados para fins de margem de solvência e patrimônio mínimo ajustado. Essa IN deve prosseguir vigente, já que os ajustes nela definidos são importantes para que o patrimônio da operadora considerado para fins de aferição do capital regulatório reflita a real situação da operadora.

A RN 443, de 2019, dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos e está diretamente relacionada com esta, já que pode ser considerada a implementação do pilar de requisitos qualitativos relacionados à solvência na saúde suplementar.

Também é importante notar que o correto dimensionamento das provisões técnicas é essencial para o cálculo do capital regulatório. Por essa razão, considera-se a RN 393, de 2015, relacionada com a matéria do ato proposto.

VI. Atores atingidos

O problema pode prejudicar beneficiários, prestadoras de serviços de saúde, a ANS e as próprias operadoras. Os beneficiários tendem a ser os principais prejudicados quando as regras de solvência não são estabelecidas em patamares suficientes para garantir que a probabilidade de insolvência da operadora seja igual ou menor que a preconizada pelo regulador. Os prejuízos para os beneficiários de estarem vinculados a operadora que se torne insolvente são bem conhecidos: dificuldades para acesso a procedimentos contratados; nos casos mais graves, interrupções de tratamento; busca por operadoras para as quais possam exercer portabilidade de carências.

Embora todos os beneficiários de uma operadora insolvente sejam atingidos por essa condição, o impacto difere de acordo com características do beneficiário e da operadora. Beneficiários que não têm problemas de saúde são menos afetados pelo impacto na assistência e podem procurar com maior tranquilidade outra operadora para a qual possam portar carências. A localização da operadora e do beneficiário também afeta o impacto no último da insolvência. Se estiverem em uma localidade na qual há grande oferta de planos de diferentes operadoras, há mais facilidade para adquirir novo plano de saúde, limitando-se os prejuízos.

Os prestadores de serviços de saúde também podem sofrer prejuízos em decorrência da insolvência de operadoras de planos de saúde. É possível que tenham dificuldades em receber montantes devidos em decorrência de serviços prestados e, a depender da proporção de atendimentos que são feitos em beneficiários da operadora insolvente, é possível que tenham dificuldades financeiras que os impossibilitem de continuar suas atividades.

Para a ANS, a adequação do dimensionamento das regras de capital é essencial para que o monitoramento econômico-financeiro seja eficiente. Como preconiza a IAIS, a ANS estabelece dois parâmetros para o capital regulatório. O patrimônio mínimo ajustado (PMA), que passa a ser chamado de capital base se aprovada a proposta considerada mais adequada, é o mínimo de recursos que a operadora deve constituir para entrar no setor e se manter ativa, sendo determinado de acordo com a modalidade, segmentação e área de atuação da operadora. A margem de solvência (ou, na proposta, o capital baseado em riscos) é o segundo patamar, estabelecida conforme o volume de contraprestações ou eventos de uma operadora. Ela visa garantir que as operadoras mantenham recursos suficientes para contrabalançar os riscos de suas atividades.

O não cumprimento da margem de solvência ou de regra de capital baseada em riscos é o primeiro alerta para a ANS de que a operadora pode estar enfrentando dificuldades em sua operação. Se esse patamar estiver baixo, é possível que a ANS considere que operadoras em dificuldades não estão tendo problemas e que, quando estes sejam constatados, a intervenção já não seja tão eficaz. Se esse patamar estiver alto, diferentemente, é possível que sejam utilizados recursos no acompanhamento de operadoras que estão solventes.

As operadoras são atingidas se as exigências de capital estiverem mais altas do que o necessário para garantir os níveis de solvência que o regulador considera necessários. As exigências de capital podem afetar o retorno deste, o que pode diminuir a atratividade do setor e a obtenção de recursos de terceiros pelas operadoras de planos de saúde. Além disso, a exigência de capital é, em si, uma barreira à entrada. Essa barreira é justificada, como afirmado acima, pela necessidade de se evitar que agentes que não tenham condições de administrar recursos de terceiros e prover os serviços contratados entrem no setor. Se os níveis exigidos forem maiores que os necessários para que a probabilidade de insolvência seja igual a desejada pelo regulador, potenciais entrantes podem ter sua entrada desestimulada. Importante notar que esses impactos afetam, indiretamente, também os consumidores.

VII. Definição dos objetivos

O objetivo principal da proposta é garantir que as exigências de capital na saúde suplementar sejam condizentes com as peculiaridades da atuação na saúde suplementar e com os riscos incorridos pelas operadoras de planos de saúde, de forma que estas tenham capital suficiente para contrabalançar oscilações inesperadas nas despesas assistenciais, mas não sejam excessivamente oneradas.

Para alcançar esse objetivo, a ANS pretende estimar o capital baseado nos principais riscos enfrentados pelas operadoras de planos de saúde (subscrição, crédito, mercado, legal, operacional) e tornar a regra de capital regulatório coerente com os resultados obtidos. Como mencionado em seção anterior, o capital baseado no risco de subscrição já foi calculado. Estudo referente ao capital baseado no risco de crédito está sendo contratado, com o intermédio da OPAS. Conforme o cronograma definido em 2016, os riscos de mercado e legal seriam estimados até 2020, e o risco operacional em 2021.

Objetivo específico é aprimorar o processo de monitoramento econômico-financeiro no setor de saúde suplementar. A regularidade em relação às regras de capital é um dos sinalizadores da solvência das operadoras. Se as regras não estão condizentes com os riscos e peculiaridades do setor, pode-se não

se identificar problemas na atividade das operadoras, o que prejudica o acompanhamento econômico-financeiro regular e a atuação preventiva da ANS.

VIII. Descrição das alternativas

Foram três as alternativas consideradas pela DIOPE:

1. Não fazer nada;
2. Implementar gradualmente capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar;
3. Implementar capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar.

A alternativa de não fazer nada significa continuar com a regulação vigente, ou seja, o capital regulatório é definido com base no maior entre dois valores:

- A margem de solvência conforme definida na RN 209, de 2009;
- O patrimônio mínimo ajustado, que é determinado de acordo com a segmentação, modalidade e área de comercialização da operadora.

A ANS permitiu que a maior parte das operadoras (autogestões, operadoras dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 3 de julho de 2007; e operadoras do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001) constituíssem escalonadamente à margem de solvência, de forma que a obrigatoriedade de constituição total da margem de solvência foi diferida para janeiro de 2023 ou 2024. Permitiu-se, também, que as operadoras substituíssem a margem de solvência pela utilização de modelo próprio de capital baseado em seus riscos, mas, como mencionado anteriormente, apenas uma operadora submeteu modelo à aprovação da ANS.

A segunda alternativa é a implementação gradual de capital baseado em riscos na saúde suplementar. Nessa alternativa, as operadoras poderiam continuar a constituir a margem de solvência, observando os fatores escalonados, mas seria facultada a possibilidade de o capital regulatório das operadoras ser baseado em modelo padrão de capital baseado em riscos estabelecido pela DIOPE. Nesse caso, o escalonamento da margem de solvência seria congelado, e o capital regulatório passaria a ser determinado de acordo com o maior valor entre o determinado pelo capital mínimo (patrimônio mínimo ajustado), a margem de solvência congelada e o resultado do modelo padrão de capital baseado em riscos. Essa alternativa é dita gradual porque os riscos da operação de planos de saúde serão incorporados gradualmente ao modelo padrão. O primeiro risco calculado foi o risco de subscrição. Em seguida, será calculado o risco de crédito e, posteriormente, o risco de mercado, legal e operacional. À medida que cada risco for incorporado ao modelo, deverá também fazer parte do cálculo do capital regulatório da operadora.

A terceira alternativa é implementar o capital baseado em riscos na saúde suplementar em substituição à margem de solvência. Se essa alternativa fosse adotada imediatamente, a regra de capital vigente seria alterada sem que tenha sido integralmente implementada pela maior parte das operadoras. A constituição gradual da margem de solvência permite que a operadora tenha previsibilidade sobre o esforço adicional de capital que terá de realizar a cada mês. Se a substituição da regra de capital somente

fosse realizada após o fim do escalonamento da margem de solvência, operadoras que poderiam beneficiar-se do ajuste da regra de capital, teriam de esperar até 2023. Na comparação das alternativas a ser realizada na seção seguinte, considerar-se-á que essa alternativa somente seria implementada a partir de 2023.

IX. Análise dos impactos e comparação das alternativas

Nesta subseção, serão analisados qualitativamente os impactos das alternativas apresentadas. Serão analisados três possíveis impactos:

- Impacto econômico-financeiro: é a possibilidade de as propostas aumentarem as exigências de capital das operadoras. Considerando-se os resultados do modelo do capital baseado no risco de subscrição e que este tende a ser o risco mais importante incorrido pelas operadoras de planos de saúde, é possível afirmar que a implementação do capital baseado em riscos não implica impacto econômico-financeiro significativo. Pode, ao contrário, resultar em menores exigências de capital para muitas operadoras. A manutenção da margem de solvência, nessa comparação, teria maior impacto, mas o seu impacto já é conhecido das operadoras de planos de saúde;
- Impacto concorrencial: é a possibilidade de as propostas resultarem em aumento das barreiras regulatórias à entrada. Embora a margem de solvência e o capital baseado em riscos não sejam consideradas regras para a entrada no setor, os agentes, quando consideram atuar em um setor, tendem a analisar todas as exigências regulatórias, inclusive aquelas que não são imediatas. Nesse contexto, se a exigência de capital estiver ajustada às necessidades da operadora, não se criam barreiras à entrada desnecessárias;
- Impacto na gestão de riscos: Um dos objetivos do estabelecimento de regras de capital é induzir as operadoras a melhorarem sua gestão de riscos. Se o capital reflete a gestão de riscos da operadora, a regra passa a ser um importante indutor de melhoria dessa gestão.

Além desses três impactos, foi feita também análise de riscos das alternativas. Essas análises são sumariadas nas tabelas 1 a 4, abaixo. As alternativas foram classificadas em escalas de um a cinco. Para alguns dos critérios, quanto maior a pontuação, melhor, para outras, quanto menor, melhor. A direção da gradação é informada no título de cada tabela de avaliação. Ao final, na tabela resumo, serão ordenadas as classificações conforme os critérios de forma que, se o impacto for positivo, a alternativa melhor classificada (1) será a que tem maior impacto e, se o impacto for negativo, a alternativa melhor classificada (1) será a com menor impacto.

Tabela 1 – Impacto Econômico-Financeiro

Impacto econômico-financeiro (quanto mais +, maior o impacto negativo)		
Alternativa	Descrição do impacto	Pontuação
Não fazer nada	Para algumas operadoras, a margem de solvência pode resultar em exigência de capital superior aquela decorrente da aplicação de modelo que considere as peculiaridades da saúde suplementar e os riscos incorridos por operadoras de planos de saúde.	++++
Implementar gradualmente capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar	A exigência de capital decorrente da margem de solvência fica congelada em patamar, e o capital regulatório exigido somente aumenta se houver aumento nos valores das contraprestações ou eventos ou se for constatado que o capital exigido não é suficiente para contrabalançar os riscos que estão sendo incorporados ao modelo.	+
Implementar capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar a partir de 2023	Para algumas operadoras, a margem de solvência pode resultar em exigência de capital superior aquela decorrente da aplicação de modelo que considere as peculiaridades da saúde suplementar e os riscos incorridos por operadoras de planos de saúde. Essas operadoras somente poderão ajustar sua exigência de capital se desenvolverem modelo próprio de capital ou após 2023	+++

Tabela 2 – Impacto Concorrencial

Impacto concorrencial (quanto mais +, maior o impacto negativo)		
Alternativa	Descrição do impacto	Pontuação
Não fazer nada	Como a margem de solvência baseia-se apenas no volume de contraprestações e eventos, operadoras que gerem eficientemente seus riscos devem manter o mesmo nível de capital das demais se não desenvolver modelo próprio de capital. Isso pode diminuir a atratividade do setor para agentes que pretendam atuar de forma diferenciada no setor.	+++
Implementar gradualmente capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar	A implementação do capital baseado nos riscos pode facilitar a entrada de operadoras que tenham gestão de riscos aprimorada, o que poderia implicar menor exigência de capital em relação à margem de solvência.	+
Implementar capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar a partir de 2023	Os benefícios à competição decorrentes da implementação do capital baseado em riscos somente seriam obtidos a partir de 2023.	++

Tabela 3 – Impacto na Gestão de Riscos

Impacto na gestão de riscos (quanto mais +, maior o impacto positivo)		
Alternativa	Descrição do impacto	Pontuação
Não fazer nada	Não há impacto	+
Implementar gradualmente capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar	Mesmo que a operadora não adira imediatamente ao uso do modelo padrão de capital baseado em riscos, passa a perceber como a gestão de suas atividades impacta no capital. É um estímulo para que aprimorem a gestão de riscos.	***
Implementar capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar a partir de 2023	Mesmo que a operadora não adira imediatamente ao uso do modelo padrão de capital baseado em riscos, passa a perceber como a gestão de suas atividades impacta no capital. É um estímulo para que aprimorem a gestão de riscos. Esses efeitos, contudo, somente, começarão em 2023.	**

Tabela 4 – Análise de Riscos

Análise de riscos (quanto mais +, pior)		
Alternativa	Riscos	Pontuação
Não fazer nada	Há o risco de a margem de solvência não está adequada aos riscos e peculiaridades do setor. Se estiver aquém do necessário, há o risco de operadoras não constituírem capital suficiente para contrabalançar as oscilações das despesas e tornarem-se insolventes. Se estiver acima do necessário, há o risco de serem tomadas medidas de ajuste em operadoras para as quais essas medidas não seriam necessárias.	****
Implementar gradualmente capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar	Há o risco de o modelo padrão não refletir adequadamente as peculiaridade do setor e os riscos que as operadoras incorrem. Esse risco é bem inferior ao de a margem de solvência do setor não estar adequada.	*
Implementar capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar a partir de 2023	Há o risco de a margem de solvência não está adequada aos riscos e peculiaridades do setor, o que somente seria corrigido em 2023. Há o risco de o modelo padrão não refletir adequadamente as peculiaridade do setor e os riscos que as operadoras incorrem. Esse risco é bem inferior ao de a margem de solvência do setor não estar adequada.	**

Em todos os aspectos analisados, a alternativa de implementação gradual do capital baseado em riscos é a que gera menos impacto negativo. Na análise do impacto na gestão de riscos, é a alternativa que recebeu a maior pontuação. A implementação do capital baseado em riscos a partir de 2023 recebeu menor pontuação porque, ao se postergar a implementação, os incentivos para que as operadoras aprimorem sua gestão de riscos também são postergados. Na tabela 5, abaixo, são sumariados os aspectos analisados e posição relativa de cada alternativa.

Tabela 5 – Resumo da Comparação das Alternativas

Alternativa	Impacto econômico-financeiro	Impacto concorrencial	Impacto na gestão de riscos	Análise de riscos
Não fazer nada	3	3	3	3
Implementar gradualmente capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar	1	1	1	1
Implementar capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar a partir de 2023	2	2	2	2

Em termos de custos e benefícios, vale assinalar que a opção de não fazer nada tem custo nulo, se não for considerado o possível custo para operadoras de manterem capital além do que seria o necessário caso fosse considerado o capital baseado nos riscos do setor. Mas é também a opção com menor potencial de gerar benefícios. As outras duas alternativas comparadas, têm os mesmos custos, associados ao desenvolvimento de modelo de capital baseado em riscos e de sua implementação, mas, como visto acima, benefícios diferentes. Ao se implementar o capital baseado em riscos gradualmente, os benefícios passam a ser obtidos no início do processo, ao passo que na terceira alternativa, os benefícios somente serão obtidos em 2023.

X. Impactos administrativos e operacionais

IX.1 Sistemas de Informação

Tanto o cálculo do capital baseado em riscos, quanto sua implementação exigem dados sobre as atividades das operadoras de planos de saúde. A maior parte desses dados já constam do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS, que as operadoras

enviam trimestralmente à ANS. Dados de beneficiários constam do Sistema de Informações de Beneficiário – SIB. Os dados providos da Troca de Informação da Saúde Suplementar – TISS – também são uma importante fonte para a construção dos modelos de capital. Há, contudo, dados que ainda não são informados periodicamente pelas operadoras e que são necessários ao cálculo do capital baseado em riscos.

Para a implementação do capital baseado no risco de subscrição, que é o primeiro risco a ser incorporado no modelo de capital baseado em riscos da ANS, são necessários dados referentes aos contratos com cláusula de remissão e aos beneficiários remidos. No âmbito de Subcomitê de Governança de Desenvolvimento de Tecnologia e Informação (SCOGITE), a DIOPE solicitou que fosse incluído no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB dois dados: existência de cláusula de remissão no contrato do beneficiário e se o beneficiário é remido. Com essas duas informações e os dados oriundos da troca de informação da saúde suplementar (TISS), será possível calcular também essa parcela do modelo referente ao risco de remissão sem haver a necessidade de envio de dados fora dos sistemas de informações da ANS.

Enquanto essas informações não constarem do SIB, as operadoras que optarem por adotar o capital baseado em riscos deverão preencher quadro auxiliar do DIOPS com as informações necessárias. O desenvolvimento desse quadro auxiliar já foi acordado com a área de informática, que informou à DIOPE ser a inclusão já no segundo trimestre de 2019 possível sem qualquer dificuldade.

IX.2 Impacto operacional

A implementação do novo modelo de capital regulatório implica a adaptação de processos internos da DIOPE. No período entre a entrada em vigência da proposta, se for aprovada, e 2022, as operadoras poderão optar pela adoção do capital baseado em riscos. Essa opção deverá ser comunicada formalmente. Deverá ser estabelecido qual área receberá essa comunicação e será responsável por incluir a opção da operadora nos sistemas de controle internos da Diretoria, bem como por comunicar à operadora a data a partir da qual poderá adotar o capital baseado em riscos.

Para o acompanhamento econômico-financeiro, será preciso fazer alterações em planilhas usualmente consultadas pelos analistas a fim de que reflitam as exigências estabelecidas no novo normativo. É preciso que os analistas, ademais, apropriem-se não apenas do disposto no novo normativo, mas também das mudanças que ele representa.

Por fim, há que se considerar que o modelo utilizado deve ser periodicamente revisado, seja porque novos dados podem ser utilizados para o aprimoramento das estimativas, seja porque alterações na dinâmica do setor e na conjuntura econômica devem ser refletidas no modelo. Assim, há que se estabelecer quais as áreas serão responsáveis pela “gestão” do modelo, o que implica sua revisão e aprimoramento contínuo.

Não há impacto para outras áreas da ANS. Processos de fiscalização não serão afetados. Os impactos nos sistemas de informação foram relatados acima.

XI. Estratégias de implementação, fiscalização e monitoramento

O modelo de capital baseado em riscos requer o cálculo do capital baseado nos principais riscos do setor, quais sejam: de subscrição, de crédito, de mercado, legal e operacional. Esses riscos não tem a mesma importância na determinação do capital. A ANS começou o cálculo do capital baseado em riscos pelo de subscrição porque este tende a ser o mais importante na determinação do capital. Nos Estados Unidos, ele correspondeu a 64% do total do capital baseado em riscos (antes da covariância), em 2017 [8].

Para o cálculo do capital baseado no risco de subscrição, a ANS, por intermédio da OPAS, solicitou a contratação de estudo e de treinamento, a fim de garantir que servidores da Agência tenham condições de reproduzir o modelo e aprimorá-lo, se assim for necessário. A próxima parcela do capital baseado em riscos a ser calculada refere-se ao capital baseado no risco de crédito. Considerando que, no momento, não é possível manter servidores apenas com a incumbência de desenvolver modelos de capital e que há conhecimentos que a Agência pode obter com a contratação de pesquisadores para o desenvolvimento desses modelos, a DIOPE solicitou à OPAS a contratação de equipe para a realização do cálculo do capital baseado no risco de crédito.

Uma vez estimado esse risco, o planejamento realizado no âmbito da Comissão Permanente de Solvência – CPS – é para que sejam calculados o capital baseado no risco de mercado, o legal e, por fim, o operacional. Não há ainda definição de se esses modelos serão desenvolvidos internamente ou se serão contratados novos estudos.

Importante mencionar, ainda, que a DIOPE elaborou projeto de capacitação a fim de garantir que os servidores se apropriem das metodologias utilizadas para o cálculo do capital baseado em riscos e para que aqueles responsáveis pelo acompanhamento econômico-financeiro entendam o contexto das alterações propostas e quais são as implicações em seus trabalhos cotidianos. Esse projeto foi apresentado à Gerência de Recursos Humanos – GERH – em 2018.

O monitoramento da implementação será feito no âmbito do monitoramento econômico-financeiro, como afirmado acima. Serão necessárias adaptações nesse processo, que já estão sendo estudadas. Os processos de fiscalização não serão alterados.

XII. Conclusão

Na saúde suplementar, as operadoras captam recursos, na forma de contraprestações pecuniárias, para a garantia de serviços de assistência à saúde. Como o ciclo é reverso, caso a operadora não administre corretamente os recursos captados, pode não ser capaz de prover a cobertura contratada quando o beneficiário necessitar. A fim de garantir a adoção de condutas prudentes na gestão, o regulador estabelece regras de conduta, que implicam a manutenção de ativos e capital para garantia dos riscos previstos e das oscilações não previstas.

Nesta nota, discutiram-se alternativas para aprimorar as exigências de capital estabelecidas no setor. Em todo o mundo, o monitoramento econômico-financeiro de seguradoras (incluindo as do ramo de saúde) aprimorou-se em decorrência das diversas crises econômico-financeiras. As regras de capital passaram a considerar os riscos que os agentes efetivamente incorrem. No Brasil, tanto a SUSEP quanto o Banco Central aprimoraram seus normativos, a fim de estabelecer regras que considerem os riscos incorridos pelos supervisionados e as peculiaridades do setor.

A ANS, desde o começo desta década, estuda a implementação de modelo de capital baseado nos riscos na saúde suplementar. O normativo que permite a utilização de modelo próprio de capital baseado nos riscos das operadoras foi publicado em 2007. Em 2013, houve a formação de grupo de trabalho sobre solvência e, em 2014, a Diretoria Colegiada, aprovou a criação da Comissão Permanente de Solvência. A proposta ora discutida é resultado de todos os estudos e discussões realizados ao longo desse período.

[1] THE GENEVA ASSOCIATION. Modernising Insurance Solvency Regimes – Key Features of Selected Markets. 2016.

[2] NATIONAL ASSOCIATION OF INSURANCE COMMISSIONERS. Risk-Based Capital (RBC) for Health Organizations Model Act. Model Regulation Service – Abril de 2011. Publicação de 2013.

[3] CARNEIRO, Luiz Augusto F. Origens e fundamentos da supervisão baseada em riscos. Apresentação no Grupo Técnico de Solvência, ANS, 14 de maio de 2013. Documento constante do primeiro tomo deste processo digitalizado.

[4] Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 65, 16 de abril de 2001.

[5] Processo 33902.632854/2012-97.

[6] Nos EUA, o capital baseado no risco de subscrição nas operações de seguro saúde equivaleu a 64% do capital total (antes da covariância) em 2017, conforme dados da National Association of Insurance Commissioners (Aggregated Health Risk-Based Capital Data, 2018).

[7] Nesta reunião foi apresentada a Nota nº 790/2015/GEHAE/GGAME/DIOPE/ANS, na qual foram avaliadas e propostas ações e aperfeiçoamentos do monitoramento econômico-financeiro das administradoras de benefícios e na qual concluiu-se necessário o aumento do patrimônio mínimo exigido para atuação dessas empresas no mesmo patamar da menor exigência aplicável às modalidades de operadoras que atuam no segmento médico-hospitalar – os seja, de Medicina de Grupo/Filantropia – SPP e SPP/SUS.

[8] NAIC Financial Data Repository. Aggregated Health Risk-Based Capital Data. 2017 Data as of 29/06/2017.



Documento assinado eletronicamente por **TATIANA DE MACEDO NOGUEIRA LIMA, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 06/02/2019, às 18:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 06/02/2019, às 18:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Washington Oliveira Alves, Gerente de Habilitação e Estudos de Mercado**, em 06/02/2019, às 18:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **11352779** e o código CRC **75A6BEA0**.