



PROCESSO Nº: 33910.005506/2020-53

NOTA TÉCNICA Nº 3/2020/DIOPE

Assunto: Análise de Impacto Regulatório (AIR)

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 para incorporação do modelo padrão de capital baseado no risco de crédito. Considerando que o art. 16, inciso I, da RN nº 451/2020 determinou que os parâmetros do modelo padrão para cálculo do capital baseado no risco de crédito deveriam ser regulamentados até 31 de dezembro de 2020, foram analisadas quatro alternativas: i) não fazer nada ii) adotar uma metodologia para o modelo padrão do capital baseado no risco de crédito substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais; iii) adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais; ou iv) adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.

A opção com os menores impactos negativos e maiores impactos positivos é seguir com a implementação gradual do capital baseado em riscos, regulamentando o modelo padrão do capital baseado no risco de crédito e adotando uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro. Dessa forma, para as operadoras que optarem pela adoção antecipada do modelo padrão baseado em riscos, o capital regulatório seria determinado como o maior valor entre três montantes: o capital base; 75% da margem de solvência para as operadoras que gozavam da permissão de escalar a margem de solvência de acordo com a RN 209/2009; ou o resultado da aplicação da fórmula de cálculo do capital baseado em riscos, o qual passará a abranger, além do risco de subscrição, o risco de crédito. As parcelas do capital associadas aos demais riscos (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 (DICOL) da ANS, com suas respectivas análises de impacto.

A proposta escolhida é aderente às melhores práticas nacionais e internacionais. A sua implementação foi concebida considerando-se as peculiaridades do setor de saúde suplementar brasileiro, em especial, a existência de operações de compartilhamento de risco entre as operadoras de planos de saúde e a presença 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 para aperfeiçoar a regra de capital regulatório vigente, ao definir os fatores do modelo padronizado de capital baseado no risco de crédito.

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.

Buscando alinhar-se à experiência internacional e às regras de capital vigentes nos setores segurador e bancário brasileiros, e após extenso debate com o setor, no ano de 2020, a ANS promulgou a RN nº 451/2020, que substitui a RN 209/2009. A principal alteração promovida foi tornar obrigatória a adoção de capital regulatório baseado em risco a partir de 2023^[1], contemplados cinco componentes principais: o risco de subscrição,^[2] o risco de crédito,^[3] o risco de mercado,^[4] o risco legal^[5] e o risco operacional.^[6] A nova regra de capital foi pautada pelo gradualismo, e a regulamentação dos cálculos de cada um dos riscos será feita em etapas. Uma vez que o risco de subscrição tende a representar, na média, a maior parcela de constituição de capital do setor de saúde suplementar, esse foi o primeiro risco estimado e já foi regulamentado no Anexo III da RN nº 451/2020. Para dar seguimento ao processo de adequação dos requerimentos de capital no setor, a ANS desenvolverá metodologia para estimar os demais riscos aos quais as operadoras estão expostas quando comercializam planos de saúde.

Nesse contexto, a segunda etapa será definir o modelo padrão para o cálculo de capital baseado no risco de crédito, cujos impactos regulatórios serão discutidos no presente relatório. Nas seções seguintes, são apresentadas 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; e considerações sobre contribuições e manifestações recebidas ao longo da elaboração da AIR. Além disso, foi feito um breve relato da experiência internacional. Esta não é etapa obrigatória da análise de impacto regulatório em nível I, mas, nesse caso, julga-se ser importante que o leitor compreenda o contexto da proposta.

Por fim, registra-se que foi observado o Guia Orientativo de Elaboração de AIR da Casa Civil^[7], a RN 242/2010 e a Resolução Administrativa (RA) 49/2012. As etapas utilizadas para AIR Nível I conforme Guia da Casa Civil são indicadas *infra*:

Tabela 1 – Guia Orientativo de Elaboração de AIR da Casa Civil – AIR Nível I vs. Proposta de Normativo Sobre Risco de Crédito

Guia Orientativo de Elaboração de AIR da Casa Civil – AIR Nível I	Proposta de Normativo sobre Risco de Crédito
(a) sumário executivo;	Item I desta NT e Sumário Executivo de Impacto Regulatório DIOPE (SEI nº 16208120)
(b) identificação do problema regulatório que se pretende solucionar;	Item III desta NT
(c) identificação dos atores ou grupos afetados pelo problema regulatório identificado;	Item V desta NT
(d) identificação da base legal que ampara a ação da agência, órgão ou entidade no tema tratado;	Item IV desta NT
(e) definição dos objetivos que se pretende alcançar;	Item VI desta NT
(f) descrição das possíveis alternativas para o enfrentamento do problema regulatório identificado, considerando a opção de não ação, além das soluções normativas, e, sempre que possível, opções não normativas;	Item VIII desta NT
(g) exposição dos possíveis impactos das alternativas identificadas;	Item IX desta NT
(h) comparação das alternativas consideradas, apontando, justificadamente, a alternativa ou a combinação de alternativas que se mostra mais adequada para alcançar os objetivos pretendidos;	Item IX desta NT
(i) descrição da estratégia para implementação da alternativa sugerida, incluindo formas de monitoramento e de fiscalização, bem como a	Itens X e XI desta NT

necessidade de alteração ou de revogação de normas em vigor;	
(j) considerações referentes às informações, contribuições e manifestações recebidas ao longo da elaboração da AIR em eventuais processos de participação social ou outros processos de recebimento de subsídios de interessados no tema sob análise; e	Item XII desta NT e documentos referentes às Respostas as sugestões apresentadas pelos membros da Reunião de Solvência (SEI nº 16227885)
(k) nome completo, cargo ou função e assinatura dos responsáveis pela AIR.	Sumário Executivo de Impacto Regulatório DIOPE (SEI nº 16208120)

Fonte: Elaboração Própria.

III. 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, 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. Com a publicação da RN nº 442, de 2018, a ANS aperfeiçoou 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, que não tinha sofrido alteração substantiva desde 2001, foi reformulada em 2020, com a promulgação da RN nº 451/2020, tornando obrigatória para todas as operadoras a adoção do capital baseado em riscos como um dos parâmetros para avaliação do capital regulatório, a partir de 2023^[8]. Assim, buscou-se aperfeiçoar a regulação prudencial da ANS, considerando os princípios da eficiência e eficácia da regra de capital a ser aplicada no setor. Eficiência ao se garantir que as regras de capital não resultarão em exigências acima das necessárias para se garantir a solvência das operadoras a um determinado nível de confiança, e eficácia de se garantir que o setor se mantenha solvente, ou, em outras palavras, as operadoras que mantenham recursos no níveis exigidos têm probabilidade muito baixa de insolvência.

Além disso, cabe destacar que estabelecer uma regra de capital adequada e de acordo com os riscos das operadoras tem efeitos positivos no padrão de concorrência do mercado de saúde suplementar. Isso porque a existência dessas regras diminui a assimetria de informação existente entre aqueles interessados em contratar um plano de saúde e a operadora de assistência privada à saúde suplementar, quanto à qualidade da empresa no que tange a sua dimensão de sustentabilidade financeira. Assim, auxiliam a tomada de decisão do beneficiário, na medida em que garantem que as operadoras são sólidas financeiramente, o que diminui a probabilidade de deixarem de ser solventes e saírem do mercado. Estabelecendo um patamar mínimo de qualidade financeira, os

beneficiários podem concentrar nas diferenças entre preço e qualidade da assistência médica prestada, diminuindo a importância da marca e da reputação da operadora.

Contudo, para atingir esses objetivos, faz-se necessário dar seguimento à estimação dos riscos que afetam o setor de saúde suplementar, quais sejam: crédito, mercado, legal e operacional. O Anexo III da RN nº 451/2020 já determinou os parâmetros do modelo padrão de risco de subscrição e, no art. 16 da nova regra de capital, ficou estabelecido que os parâmetros para cálculo do capital baseado nos demais riscos deverão ser regulamentados pela ANS até 31 de dezembro de 2022. Mais especificamente para o risco de crédito, o inciso I do art. 16 definiu o prazo até 31 de dezembro de 2020. Nesse contexto, considerando a experiência do setor de seguro brasileiro, em que o segundo principal risco que impacta o capital regulatório é o risco de crédito, decidiu-se como próximo passo definir uma metodologia adequada para estimar o risco de crédito aos quais as operadoras estão expostas quando operacionalizam planos de saúde.

IV. 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 9.961/2000. Desde 2001, quando entrou em vigência a RDC 77, o assunto é regulado pela Agência. Aquele normativo foi sucedido pela RN 160/2007, que foi revogado pela RN 209/2009. Em março de 2020, foi promulgada RN nº 451/2020, que revogou a RN 209/2009 e tornou obrigatória para todas as operadoras a adoção do capital baseado em riscos como um dos parâmetros para avaliação do capital regulatório, a partir de 2023^[9]. E o art. 16 da mesma RN definiu os seguintes prazos de implementação:

“Art. 16. Os parâmetros do modelo padrão para cálculo do capital baseado no risco de crédito, mercado, legal e operacional serão regulamentados pela ANS até 31 de dezembro de 2022.

Parágrafo único. Os parâmetros referidos no caput serão regulamentados nos seguintes prazos:

I – para cálculo baseado no risco de crédito, até 31 de dezembro de 2020;

II – para cálculo baseado nos riscos operacional e legal, até 30 de junho de 2021; e

III - para cálculo baseado no risco de mercado até 31 de dezembro de 2022.”

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

A Lei 9.961/2000, 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 9.656/1998 estabelece, no art. 35-A que a ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, cuja alínea “C” inclui os parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimo. Já no art. 22, estabelece a submissão das contas das operadoras de planos de saúde a auditores independentes. Este artigo se relaciona à matéria em análise porque o cumprimento das regras de solvência é aferido por meio dos demonstrativos econômico-financeiros encaminhados à Agência.

A RN nº 451/2020 torna obrigatória para as operadoras a adoção do capital baseado em riscos como um dos parâmetros para avaliação do capital regulatório, a partir de 2023^[10]. O Capital Baseado em Riscos (CBR), conforme o art. 2º dessa Resolução, é a regra de capital que define montante variável a ser observado pela operadora, considerando os diferentes riscos envolvidos nas atividades relacionadas à operação de planos privados de assistência à saúde. Segundo a nova Resolução, as operadoras devem apurar mensalmente o CBR, calculado em função de fatores pré-determinados pelo modelo padrão estabelecido pela ANS. Foi estabelecida a possibilidade de as operadoras optarem pela utilização antecipada de modelo padronizado de capital baseado em riscos, no momento da entrada em vigência da RN nº 451/2020.

A RN 443/2019, dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos e está diretamente relacionada com a matéria do ato proposto. Mencionada RN pode ser considerada a implementação do pilar de requisitos qualitativos relacionados à solvência na saúde suplementar. Adicionalmente, operadoras que atendem a requisitos mínimos estipulados na Resolução (Anexo I-A da RN 443/2019) poderão solicitar o uso de fatores reduzidos de capital de risco.

A RN nº 451/2020, que dispõe sobre o programa de acreditação das operadoras, prevê que operadoras acreditadas que igualmente atendam aos requisitos do Anexo I-A RN 443/2019) poderão pleitear o uso de fatores reduzidos de capital de risco.

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 393/2015 relacionada com a matéria do ato proposto.

V. Atores atingidos

O capital regulatório é um instrumento destinado a garantir que as atividades das operadoras se mantenham estáveis e solventes, de forma que as obrigações com beneficiários, prestadores de serviços à saúde e demais credores sejam cumpridas ao longo do tempo. Os fluxos de caixa das operadoras são por definições estocásticos, logo, imprevisíveis. Isto ocorre tanto para os ativos quanto para os passivos. A empresa pode ter uma variabilidade nos valores de pagamentos de eventos (risco de subscrição), surtos de *default* (risco de crédito), perdas econômicas por variáveis de mercado (risco de mercado), entre outras possibilidades. E essa variabilidade pode impactar significativamente a solvência da operadora. Assim, o capital regulatório visa garantir a manutenção de recursos suficientes para contrabalançar situações não previstas, evitando que operadoras de planos de saúde fiquem insolventes, prejudicando, dentre outros, os beneficiários, que pagaram por serviço (cobertura em caso de determinado evento) que não estará disponível.

De fato, a saída abrupta de uma operadora do mercado é problema regulatório que afeta diversos atores do mercado de saúde suplementar. O problema pode prejudicar beneficiários, prestadoras de serviços de saúde, a ANS e as próprias operadoras. Além disso, gera a perda de postos de trabalho, afetando as famílias dos trabalhadores, afeta a arrecadação do Estado, afeta os fornecedores da operadora, inclusive prestadores de serviço de saúde. E pode afetar gravemente a própria estrutura do mercado, dependendo do posicionamento da operadora no mercado relevante, comprometendo a livre concorrência.

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; e busca por operadoras para as quais possam exercer portabilidade de carências.

Os prestadores de serviços de saúde também podem sofrer prejuízos em decorrência da insolvência de operadoras de planos de saúde. Os **médicos, laboratórios, hospitais, entre outros prestadores de serviço de saúde**, podem ser diretamente prejudicados pela saída de uma operadora do mercado. Isso se dá tanto por terem a demanda por seus serviços reduzida, como por não receberem os valores devidos por serviços já prestados aos beneficiários do ente insolvente. Neste caso, se a dívida da operadora que foi a falência for suficientemente alta com o prestador de saúde afetado, este pode ser levado também a sair do mercado, afetando os beneficiários das demais operadoras que atuam na região.

Para a ANS, a adequação do dimensionamento das regras de capital é essencial para que o monitoramento econômico-financeiro seja eficiente. Como preconiza a Associação Internacional de Supervisores de Seguros (*International Association of Insurance Supervisors – IAIS*), da qual a ANS é membro, o regulador estabelece dois parâmetros para o capital regulatório. O capital base 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. O segundo patamar é o capital baseado em risco (CBR), obrigatório para as operadoras a partir de 2023, salvo as exceções previstas na RN nº 451/2020. Essa resolução permite, ainda, a adoção antecipada do CBR, em substituição da margem de solvência, estabelecida conforme o volume de contraprestações ou eventos de uma operadora. A exigência visa garantir que as operadoras manterão 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 constatados, a intervenção já não seja tão eficaz. Se o 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 seu retorno, 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.

Por outro lado, é importante citar que a ausência de regras prudenciais também resultaria em efeitos concorrenceis negativos no mercado. Em primeiro lugar, a concorrência poderia ser apenas por preço. Nesse caso, as operadoras não se preocupariam em oferecer produtos de qualidade no que tange à sua sustentabilidade financeira. Em segundo lugar, as regras prudenciais estabelecem um patamar mínimo de qualidade financeira, permitindo que os beneficiários possam se concentrar nas diferenças entre preço e qualidade da assistência médica prestada. Caso não houvesse os normativos que garantem a manutenção de recursos suficientes para contrabalançar despesas previstas e não previstas, a reputação da empresa e marca seriam fortes indicadores da qualidade financeira da empresa, aumentando a barreira a entrada no setor. Importante notar que esses impactos afetam, indiretamente, também os consumidores.

VI. Definição dos objetivos

As regras de capital de solvência atuam na vertente preventiva e tem como finalidade reduzir as chances de insolvência da operadora, servindo como um dos subsídios do acompanhamento e monitoramento econômico-financeiro, assim como uma forma de mitigar o impacto da insolvência, caso ocorra. Nesse contexto, o objetivo principal da proposta é garantir que as exigências de capital na saúde suplementar sejam condizentes com as peculiaridades da atuação do setor e com os riscos incorridos pelas operadoras de planos de saúde, de forma que estas tenham capital suficiente para contrabalançar oscilações financeiras inesperadas, mas não sejam excessivamente oneradas.

Nesse contexto, o objetivo específico da presente proposta é complementar o modelo padrão de capital baseado em risco da saúde suplementar ao regulamentar os parâmetros referente ao risco de crédito. Para isso, foi desenvolvida a metodologia detalhada no Relatório Preliminar (vide SEI nº 16227811) do Capital de Risco Referente ao Risco de Crédito,^[11] divulgado na Primeira Reuniões Técnicas de Solvência, em 11 de dezembro de 2019.^[12]

Destaca-se, ainda, que a proposta tem como objetivo 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.

VII. Experiência internacional

A ANS, ao promulgar a RN nº 451/2020, alterou seu regime de solvência para modelos baseados nos riscos incorridos pelos agentes regulados. Seguiu a experiência 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. Assim, embora se trate de norma inovadora na saúde suplementar brasileira, a regra de capital baseado em riscos é prática regulatória corrente na regulação de seguros e planos de saúde nas mais diferentes jurisdições. Nas jurisdições em que foi implementada, regulação do capital baseada em riscos tornou as exigências mais coerentes com as peculiaridades da atuação dos regulados, diminuindo o risco de insolvência, ao mesmo tempo em que reduziu a probabilidade de estabelecimento de exigências acima do necessário.

Nesse contexto, é importante avaliar os precedentes estabelecidos na experiência internacional e nacional para definição dos modelos padrões de capital baseado em risco. Conforme discutido anteriormente, a nova regra de capital da ANS entende que os riscos incorridos no setor de saúde suplementar podem ser divididos em cinco componentes principais: o risco de subscrição, o risco de mercado, o risco legal, o risco operacional e o risco de crédito. O presente relatório de AIR se debruça sobre a definição do modelo padrão para o cálculo de capital baseado no risco de crédito, apresentando um panorama da experiência internacional^[13] quanto à definição os modelos padrão para cálculo de capital baseado no risco de crédito.

No setor bancário, os aperfeiçoamentos da regulação prudencial 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.^[14] Os três acordos instituíram regras para a regulação do capital dos bancos baseada nos riscos incorridos. Com relação ao risco de crédito, Basileia I determinou o modelo básico de cálculo de risco de crédito, o *Risk Weighted Asset* (RWA), em que os ativos são classificados em diferentes classes^[15] e, a depender da classe, ponderados por diferentes fatores de riscos. Após essas ponderações, o resultado do RWA é multiplicado por um fator padrão de 8%.^[16]

O Basileia II, por sua vez, possibilitou o cálculo segundo dois modelos: abordagem padronizada e a abordagem IRB (*Internal Ratings-Based*). Na abordagem padronizada, o risco de crédito passou a ser diferenciado, segundo o tipo de ativos (exposição) e segundo o *rating* da empresa. Já o IRB tem como objetivo obter valor mais próximo do perfil de riscos da instituição regulada e permite que determinados parâmetros do modelo sejam estimados pela própria instituição financeira. É dividida em *Foundation IRB* (F-IRB) e *Advanced IRB* (A-IRB). Na metodologia F-IRB, a instituição financeira somente pode estimar o valor da probabilidade de *default* (PD)^[17] e deve utilizar os demais valores de parâmetros estimados pelo regulador. Já na abordagem avançada (A-IRB), a instituição pode estimar os demais parâmetros de riscos, seguindo alguns *standards*.^[18] Tendo em vista a alta complexidade da abordagem IRB, as instituições financeiras podem utilizá-las apenas após a aprovação do regulador.

O Banco Central do Brasil (BCB) adota um sistema híbrido entre Basileia I e Basileia II, conforme pode observar da análise da Circular 3.644/2013 e da Circular 3.648/2013. A abordagem padrão segue o Basileia I e não inclui segregações por *ratings*. Além disso, prevê, mediante autorização do regulador, a possibilidade de uso das abordagens IRB, conforme o estabelecido no Basileia II.

Já em relação ao setor segurador, incluindo os seguros de saúde, diversos países adotaram o capital baseado em risco, como os maiores mercados de seguros e financeiros do mundo (Estados Unidos, Japão, China, Suíça, além dos já citados países da Comissão Europeia) e outros diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Canadá, Austrália, Coréia do Sul, Singapura, África do Sul, México, Chile, entre outros). Destacam-se dois movimentos na esfera internacional que induziram modificações em jurisdições ao redor do mundo, um determinado pela IAIS^[19] e outro, pela Comunidade Europeia (Diretiva 2009/138 do Parlamento Europeu e do Conselho, doravante “Solvência II”^[20]).

O IAIS em 2011 promoveu reforma abrangente dos princípios básicos de seguros, recomendando 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. Com relação especificamente ao risco de crédito, o IAIS está estudando implementar o *Insurance Capital Standard* (ICS)^[21] para obter maior comparabilidade entre as instituições das diversas jurisdições, por meio de modelos que consideram não apenas as classes de exposição de crédito, mas também os *ratings* e vencimentos dos ativos. O foco são os grupos de seguradoras com relevante abrangência global e porte (IAIG ou G-SIIs). No Brasil, não há na atualidade operadora de plano de saúde que pudesse ser enquadrada como IAIG ou G-SIIs. Considerando ainda o estágio preliminar dos testes de campo e formulações em andamento, a ANS compreendeu não oportuna a inclusão dessas propostas no modelo desenvolvido neste estudo.

A Comunidade Europeia, por sua vez, publicou a Solvência II, com o fim de uniformizar a supervisão dos seguradores nos países membros. O projeto Solvência II, que se consagrou como o grande referencial internacional para o tema, foi concebido com base em três pilares: requerimento mínimo de capital, revisão do órgão supervisor (requisitos qualitativos) e disciplina de mercado (transparência). 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.

Com relação ao risco de crédito, pontua-se, inicialmente, que a Solvência II utiliza a terminologia “risco de inadimplência da contraparte”, considerando em seu cálculo também os contratos de mitigação de risco e exposições ao crédito não cobertas pelo submódulo de risco de *spread*, assim como garantias mantidas pelas (res)seguradoras e seu risco associado. A exposição ao risco é dividida em dois tipos: i) risco não diversificável e sujeito a *rating* (tipo 1),^[22] para qual define a perda dado o *default* (*Loss Given Default – LGD*), e parâmetros de classe de *rating* para cada contraparte, e ii) risco diversificável e não sujeito a *rating* (tipo 2), para qual se adota a abordagem de fator simples baseado na exposição ao risco líquida.^[23]

No Brasil, a supervisão do setor de seguros gerais foi aprimorada nas últimas décadas tendo como inspiração o projeto Solvência II. O Anexo XVI da Resolução 321/2015 da Superintendência de Seguros Privados (Susep) determina os parâmetros do modelo padrão de capital baseado no risco de crédito também em duas parcelas. A parcela 1 de risco de crédito refere-se aos créditos a receber referentes às operações que tenham como contrapartes seguradoras, resseguradoras, entidades abertas de previdência complementar (EAPCs) e sociedades de capitalização. Para essa parcela, os fatores de risco (f_i) são definidos segundo uma combinação de grau e tipo de risco. Quanto à exposição de cada **tipo de risco**, o modelo segmentou-os entre: (i) Sociedades Seguradoras, EAPC, sociedades de capitalização e Resseguradores Locais; (ii) resseguradores admitidos; e (iii) resseguradores eventuais. Já quanto à definição do **grau de risco**, a Susep fez uso dos *ratings* e probabilidades de *default* emitidos pelas seguintes agências classificadoras: Standard & Poor's Co, Moody's Investor Services, Fitch Ratings e AM Best.

Já a Parcela 2 refere-se ao risco de crédito das exposições em operações em que as contrapartes não sejam seguradoras, resseguradores, EAPC e sociedades de capitalização. Para o cálculo dessa parcela, utiliza-se a abordagem prevista pelo BCB, proveniente de Basileia I: os ativos foram classificados em classes e, a depender da classe, ponderados por diferentes fatores de riscos. Após essas ponderações, o resultado é multiplicado por um fator padrão de 8%.

Tendo sido apresentada a experiência internacional e nacional quanto a definição do modelo padrão de capital baseado no risco de crédito, passa-se à descrição das alternativas.

VIII. Descrição das alternativas

Foram avaliadas quatro alternativas pela DIOPE.

A primeira alternativa avaliada foi a de **não fazer nada**, mantendo a regulação vigente. Assim, ficaria regulamentado os parâmetros do modelo padrão unicamente quanto ao capital baseado no risco de subscrição. Essa opção, no entanto, não é adequada, considerando que a RN nº 451/2020 determina, em seu art. 16, inciso I, que os parâmetros do modelo quanto ao risco de crédito devem ser regulamentados até dezembro de 2020. Dessa forma, não fazer nada significaria descumprir a RN nº 451/2020.

Além disso, essa alternativa foi analisada extensivamente e descartada pela Nota Técnica nº 2/2019/DIOPE,^[24] referente à na Análise de Impacto Regulatório para a adoção do Capital Baseado em Risco pela ANS. Na seção IX da referida Nota Técnica, foi comparada essa alternativa com a de “implementar gradualmente o capital baseado em riscos para o setor de saúde suplementar”, sendo esta opção regulatória a que tinha condão de gerar menos impacto negativo e potencial de gerar maior impacto positivo.

Nesse contexto, faz-se necessário estimar o risco de crédito das operadoras de saúde suplementar por meio de um modelo estatístico, onde são consideradas outras três alternativas:

1. Adotar uma metodologia substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais;
2. Adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais;
3. Adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.

IX. Análise dos impactos e comparação das alternativas

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

- Impacto econômico-financeiro: é a possibilidade de as alternativas aumentarem eventuais custos regulatórios ou as exigências de capital das operadoras. Considerando-se os resultados do modelo do capital baseado no risco de subscrição e de crédito, que tendem a ser os dois riscos mais importantes incorrido pelas operadoras de planos de saúde, é possível afirmar que a implementação do capital baseado em riscos não implica em impacto econômico-financeiro adverso significativo. Um número reduzido de operadoras teria a soma do capital baseado em risco de crédito e subscrição superior à margem de solvência, conforme melhor apresentado na subseção IX.2;
- 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. Por outro lado, as regras econômico-financeiras atenuam as vantagens competitivas das firmas já estabelecidas em relação à entrante. Isso porque, ao garantir a sustentabilidade econômico-financeira da operadora, a reputação da empresa e marca, que representam grandes barreiras à entrada, deixam de ser fortes indicadores da qualidade financeira da empresa. Nesse contexto, o objetivo da presente análise é assegurar que a exigência de capital está ajustada às necessidades da operadora, não criando custos de investimentos acima do necessário para tornar a probabilidade de insolvência suficientemente baixa;
- 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.

IX.1 Comparação Qualitativa

Considerando que a opção de não fazer nada é inadequada, pois descumpriria a RN nº 451/2020, serão comparadas na presente seção **as seguintes alternativas**: i) adotar uma metodologia substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais; ii) adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais; iii) adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.

Contudo, antes de avaliar as três alternativas acima relatadas, é importante ressaltar que não se espera que a regulamentação dos parâmetros de risco de crédito resultará no aumento das exigências de capital para a maioria das operadoras. **Para operadoras que optarem pela adoção antecipada do CBR**, prevalecerá o maior entre o capital base (CB), o percentual fixo da margem de solvência (MS) e o capital baseado em risco.

No momento da edição da RN nº 451/2020, o CBR do modelo padrão será calculado unicamente com base na exigência de capital do risco de subscrição (Anexo III). A medida em que cada uma das fórmulas de cálculo dos demais riscos sejam regulamentados, a exigência de capital para o respectivo risco deverá passar a compor o capital baseado em riscos.

$$\text{CR} = \text{Máx } [(75\% \text{ da MS}); \text{CBR}; \text{CB}]$$

Logo, no momento inicial de edição do normativo, o capital regulatório (CR) da operadora será o maior entre CB, 75% da margem de solvência e CBR conforme exigência para o risco de subscrição. Com a regulamentação do cálculo baseado no risco de crédito, o capital regulatório da operadora será o maior entre CB, 75% da margem de solvência, CBR com base no risco de subscrição e no risco de crédito. Com a regulamentação do cálculo baseado nos riscos operacional e legal, o capital regulatório da operadora será o maior entre CB, 75% da margem de solvência, CBR com base nos riscos de subscrição, de crédito, legal e operacional. Por fim, com a regulamentação do cálculo baseado no de mercado, o capital regulatório da operadora será o maior entre CB, 75% da margem de solvência, CBR com base nos riscos de subscrição, de crédito, legal, operacional e de crédito.

Caso haja adoção antecipada, e se a operadora estiver em escalonamento da constituição da margem de solvência, o cálculo da componente de margem de solvência a ser considerado na fórmula será fixado em um percentual (75%) da exigência original. Assim, a opção de implementar o capital baseado em riscos de crédito para o setor de saúde suplementar, em 2020, implicará em necessidade de capitalização adicional das operadoras em relação às regras vigentes apenas no caso em que a soma do capital baseado em risco de subscrição e do capital baseado no risco de crédito seja superior ao capital base e ao percentual de 75% da margem de solvência. Caso o valor do capital baseado em risco nos riscos de subscrição e crédito seja inferior a esses parâmetros, até 2023^[25], a disciplina proposta não traz ao administrado um tratamento mais gravoso.

Conforme melhor apresentado na subseção IX.2, considerando os dados do DIOPS de junho/2019, apenas percentual inexpressivo de regulados, isto é, 2,8% das operadoras terão valor do CBR com base no risco de subscrição e no risco de crédito superior ao capital base e a 75% da margem de solvência. Para elas, haveria um impacto orçamentário se optassem pela antecipação, pois deverão constituir maior capital, com impacto positivo para os beneficiários e prestadores de serviços (diminuição de sua probabilidade de insolvência). Porém, como esclarecido anteriormente, a adoção antecipada do CBR é uma *opção* da operadora. Para as que não optem pela antecipação, não recairá exigência extra. Sendo feita essa ressalva, passa-se a análise das três alternativas identificadas.

Passando a análise das alternativas, será realizada a comparação por meio de uma análise multicritério. Uma possível vantagem de adotar uma **metodologia substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais**, quando comparada as outras duas opções, seria a possibilidade de se implementar um modelo eventualmente mais avançado academicamente. Contudo, essa opção implicaria um gasto de recursos públicos na definição de modelos distintos do que já se observa em outros setores regulados no país, como bancário e de seguros, além de demandar o desenvolvimento de novas soluções de monitoramento. Considerando as similaridades dos riscos entre os outros setores regulados, e os modelos adotados como consenso internacionalmente, entende-se que os custos adicionais à administração pública para o desenvolvimento de um modelo de risco de crédito substancialmente diferente não trariam benefícios ao setor.

Poderia, no entanto, ter impactos negativos, ao aumentar o custo regulatório das operadoras de planos de saúde. Isso porque, já existem profissionais no mercado brasileiro com o conhecimento adquirido em outros mercados regulados (p.e., consultorias, atuários, contadores etc.), além de ferramentas e soluções tecnológicas desenvolvidas para esses modelos que já são

utilizadas rotineiramente no Brasil. Assim, propor algo substancialmente diferente poderia representar maior custo regulatório para as operadoras de planos de saúde, que deverão implementar rotinas específicas para o mercado de saúde suplementar. Por fim, adotar uma metodologia diferente das experiências nacionais ou internacionais pode resultar em um aumento da arbitragem regulatória, fragilizando a regulação da ANS. Considerando que estão disponíveis para bancos, operadoras de planos de saúde e seguradoras os mesmos tipos de investimentos (por exemplo, títulos públicos e fundo de investimento), o risco de crédito será o mesmo, independente de o exposto ser de uma operadora de saúde,^[26] seguradora ou instituição financeira.

Por essas razões, entendeu-se adequado definir o modelo a ser utilizado para a mensuração do risco de crédito das operadoras de saúde no Brasil, análogos ao que já foi definido para os mercados de seguros e bancário no Brasil, inspirando-se, quando necessário, na experiência internacional de Basileia e Solvência II. Dessa forma, o modelo de risco de crédito da ANS seria aderente às melhores práticas nacionais e internacionais.

Contudo, ao realizar uma análise *top-down* do balanço contábil padrão das operadoras, observou-se que não seria possível **adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais**. Isso porque algumas exposições existentes no mercado de saúde suplementar não são tratadas nos mercados de seguros e bancário. Em alguns casos, é possível ter tratamento semelhante aos estabelecidos pelo BCB ou Susep mesmo quando, após análise inicial, entende-se que o perfil de riscos da exposição de ativos é divergente dos mercados de seguros e financeiros. Por exemplo, o risco de *default* de não recebimento de uma contraprestação de um beneficiário de um plano pode ser tratado de forma semelhante do de não recebimento de um prêmio por um participante de um seguro não-saúde. Em ambos os casos, considerando as devidas ponderações, são exposições com pessoas (físicas ou jurídicas) não reguladas. A tabela 2 apresenta a distribuição das exposições ao risco de crédito segregados por grupos de ativos e os casos em que é possível adotar tratamento semelhante ao do Banco Central e da Susep.

Tabela 2 – Distribuição das exposições ao risco de crédito segregados por grupos de ativos e demais informações

Ativos	Total Ativos (%)	Reais (bilhões)	Representatividade com Risco (%)	Exposição é tratada por Susep/BCB?	Caso não, há exposição semelhante tratada por Susep/BCB?
Fundos de Investimentos	26.9%	40.6	44%	Sim	N/A
Títulos de Renda Fixa Privados	9.7%	14.6	16%	Sim	N/A
Contraprestações a receber ^[27]	6.2%	9.4	10%	Não	Sim
Depósitos Judiciais e Fiscais	5.0%	7.6	8%	Sim	N/A
Créditos Tributários	4.2%	6.3	7%	Sim	N/A
Títulos e Créditos a Receber	2.8%	4.2	5%	Sim	N/A
Créditos de assistência à saúde não relacionado com planos de saúde	1.3%	2.0	2%	Não	Sim
Disponibilidades (conta movimento e aplicações de liquidez imediata)	1.3%	2.0	2%	Sim	N/A
Créditos com Operadoras	1.0%	1.5	2%	Não	Não
Conta-Corrente com cooperados	0.9%	1.4	1%	Não	Sim
Outras Aplicações	0.6%	0.9	1%	Sim	N/A

Ativos	Total Ativos (%)	Reais (bilhões)	Representatividade com Risco (%)	Exposição é tratada por Susep/BCB?	Caso não, há exposição semelhante tratada por Susep/BCB?
Participação dos Beneficiários em eventos indenizados	0.4%	0.6	1%	Não	Sim
Créditos de Administração de Benefícios	0.2%	0.3	0%	Não	Sim
Títulos de Renda Variável	0.1%	0.2	0%	Sim	N/A
Outros créditos de operações com planos	0.1%	0.2	0%	Não	Sim
Títulos de Renda Fixa Públicos não federais	0.0%	0.0	0%	Sim	N/A
Total	60.7%	91.7	100%		

Conforme os gráficos abaixo, 83% das exposições possuem características semelhantes aos riscos já mensurados em outros mercados regulados no Brasil. Esse número se eleva para 98%, quando consideramos exposições com tratamentos semelhantes por Susep ou BCB.

Figura 01 – Exposições com riscos tratadas em outros mercados domésticos regulados

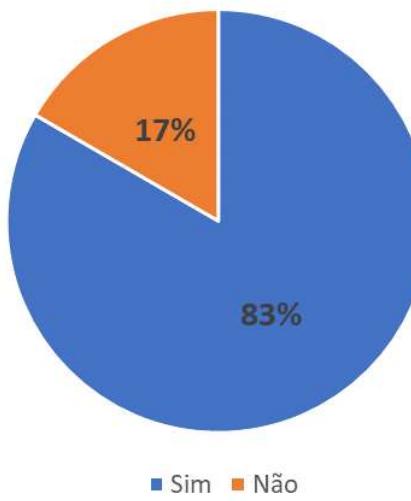
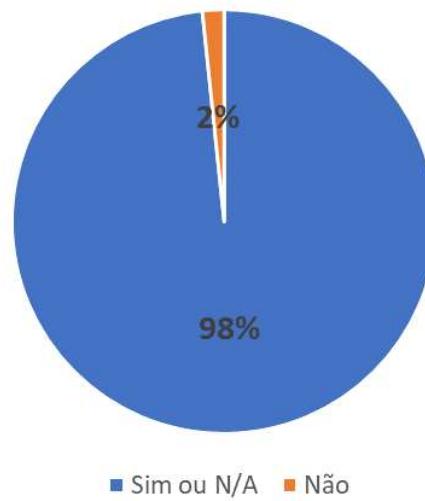


Figura 02 – Exposições com riscos tratadas em outros mercados domésticos regulados (incluindo semelhantes)



Fonte: DIOPS (junho/2019)

Contudo, não foi possível fazer uma incorporação exata das metodologias dos setores regulados supracitados para os créditos com as outras operadoras, que representam 2% dos casos. Além disso, entendeu ser positivo a realização de outras simplificações aos modelos adotados pela Susep e BCB, de forma a adaptar os modelos à realidade do setor de saúde suplementar brasileiro. A descrição detalhada do modelo padrão de capital baseado no risco de crédito proposto consta no Relatório preliminar do Capital de Risco Referente ao Risco de Crédito, [28] que foi apresentado na primeira Reunião Técnica de Solvência, em 11 de dezembro de 2019. [29]

Abaixo, são apresentados quadros que summarizam os argumentos acima elencados e classificam cada alternativa em escalas de um a três, sendo “um” uma alternativa de baixo impacto e “três” uma alternativa de alto impacto (quanto menor, melhor). [30] 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 (novamente, quanto menor, melhor).

Quadro 1 – Impacto Econômico-Financeiro

Alternativa	Descrição do Impacto	Pontuação
(i) Adotar uma metodologia substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais	<ul style="list-style-type: none"> Maior gasto de recursos públicos na definição de modelos distintos do que já se observa em outros setores regulados no País. Maior custo regulatório para as operadoras de planos de saúde, que deverão implementar rotinas específicas para o mercado de saúde suplementar. Pode resultar em um aumento da arbitragem regulatória, fragilizando a regulação da ANS. 	+++
(ii) Adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais	<ul style="list-style-type: none"> Não teria os aspectos negativos levantados na alternativa (i); Algumas exposições do setor de saúde suplementar não encontram paralelo no setor bancário e segurador. Algumas exposições são pouco significativas no setor de saúde suplementar, não justificando o custo ao regulado associado à implementação do modelo e envio de informações à ANS. 	++
(iii) Adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.	<ul style="list-style-type: none"> Não teria os aspectos negativos levantados na alternativa (i). Adoção de um modelo mais preciso, na medida que incorpora exposições do setor de saúde suplementar que não encontram paralelo no setor bancário e segurador; É possível adotar simplificações regulatórias que implicam em menor custo administrativo e informacional para o regulado e maior capacidade de monitoramento por parte da ANS. 	+

Quadro 2 – Impacto Concorrencial

Alternativa	Descrição do Impacto	Pontuação
(i) Adotar uma metodologia substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais	<ul style="list-style-type: none"> Os custos regulatórios criam barreiras à entrada e tendem a sobreregar principalmente as operadoras de planos de saúde de menor porte; Segundo a tabela acima, a alternativa (i) é a que representa a maior incidência de custos regulatórios. Logo, entende-se que trará também maiores impactos concorrenenciais para a franja de mercado de saúde suplementar. 	+++

(ii) Adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Não teria os aspectos negativos levantados na alternativa (i). • Contudo, como os modelos não foram pensados para a realidade da saúde suplementar brasileira, não seriam incorporadas medidas que consideram a heterogeneidade das operadoras que atuam no setor. 	++
(iii) Adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.	<ul style="list-style-type: none"> • Não teria os aspectos negativos levantados na alternativa (i). • Foi considerada a heterogeneidade das operadoras que atuam no setor. Assim, adotou-se medidas como a definição de fatores médios para fundos dedicados e excepcionalidade de contratação de auditorias (item 3 dessa seção) que beneficiam as operadoras de pequeno porte, facilitando a entrada e permanência no mercado de saúde suplementar. 	+

Quadro 3 – Impacto na Gestão de Riscos

Alternativa	Descrição do Impacto	Pontuação
(i) Adotar uma metodologia substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais	<ul style="list-style-type: none"> • A internalização da cultura de gestão de riscos é componente chave no êxito da implementação de um modelo de CBR. A necessidade de desenvolvimento de rotinas específicas para o setor de saúde suplementar dificultará a percepção, por parte das operadoras, de como a gestão de suas atividades seu capital. 	+++
(ii) Adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Não teria os aspectos negativos levantados na alternativa (i). • O impacto positivo na gestão de riscos ficaria limitado às exposições que encontram paralelo com o setor de seguros e bancário. 	++
(iii) Adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.	<ul style="list-style-type: none"> • Não teria os aspectos negativos levantados na alternativa (i). • Maior estímulo para que as operadoras aprimorem sua gestão de riscos, uma vez que o modelo incorpora todas as exposições do setor de saúde suplementar, desenvolvendo modelos específicos para aquelas que não encontram paralelo no setor de seguros e bancário. 	+

Quadro 4 – Resumo da Comparaçao das alternativas

Alternativa	Impacto Econômico-financeiro	Impacto concorrencial	Impacto na gestão de riscos	TOTAL

(i) Adotar uma metodologia substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais	3	3	3	9
(ii) Adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais	2	2	2	6
(iii) Adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.	1	1	1	3

Tendo sido a alternativa “adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro” a que apresentou maiores benefícios e menores custos, abaixo, são destacadas as adaptações realizadas pela DIOPE com o fim de diminuir os impactos negativos no setor, sejam eles financeiros ou de natureza administrativa.

Como formulado pelo projeto Solvência II e replicado pela Susep no Brasil, foi efetuada a segregação do modelo em dois módulos: (i) risco de crédito associado ao compartilhamento de risco para outras operadoras ou repasse de risco para resseguradoras; e (ii) risco de crédito dos demais recebíveis.

Com relação à primeira parcela do módulo 1, o risco de crédito associado ao compartilhamento de risco para outras operadoras, foram calculados fatores para as exposições em compartilhamento de riscos com outras operadoras, utilizando, com algumas adaptações, a metodologia da Susep, que por sua vez é semelhante a outros modelos utilizados internacionalmente.

Uma primeira adaptação adotada pelo modelo proposto pela DIOPE foi se abster de utilizar as classificações das agências de *rating*. Isso porque, não é usual no mercado brasileiro que operadoras de planos de saúde sejam classificadas pelas agências de *rating* internacionais. Exigir essa informação, i.e., forçar a avaliação das operadoras por uma agência de *rating*, elevaria o custo regulatório do setor. Considerando isso, propõe-se para diferenciação das empresas seguir procedimento semelhante ao adotado pela União Europeia no Solvência II, utilizando o índice de solvência da contraparte.^[31]

Considerando a falta de informação sobre a taxa de recuperação dado o *default* de operadoras no setor de saúde suplementar brasileiro, fez-se necessária outra simplificação no modelo: utilizar como referência para a taxa de recuperação (complementar ao LGD), dado o *default*, os valores utilizados pela Comunidade Europeia, no âmbito do sua autoridade reguladora do tema de seguros^[32], para taxa de recuperação no risco de *spread* de títulos.

Com relação à segunda parcela do módulo 1, o risco de crédito associado ao repasse de risco para resseguradoras, propõe-se adotar um único fator para todas as resseguradoras, o mesmo utilizado pela Susep para resseguradores locais: 1,93% do total da exposição, sem tratamento para as agregações via correlação. O risco de resseguro no mercado de saúde suplementar é pouco expressivo: somente duas empresas utilizam políticas de resseguro, o que representa apenas 0,005% do total de ativos do setor. Dessa forma, entendeu-se que os benefícios de se segmentar as resseguradoras em categorias de risco, tal como feito na Susep, seria inferior aos custos associados ao desenvolvimento de ferramentas de monitoramento pela ANS e à demanda de preenchimento de mais um quadro no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS Financeiro) com informações adicionais do setor regulado. No caso de um aumento significativo das exposições de resseguro no setor de saúde suplementar, esse modelo poderá ser revisto, de forma que se possa tratar de forma mais ampla as diferentes exposições ao risco.

Já em relação ao módulo 2, com o objetivo de compatibilizar o modelo da Susep e BCB com as características do mercado de saúde suplementar; ou simplificar a aplicação da norma e o acompanhamento prudencial realizado pela ANS, foram realizadas as seguintes simplificações e diferenciações:

1. Ativos classificados com disponível no ativo circulante: Foram agrupados o total de ativos classificados como disponível. Dessa forma, foram incluídos os depósitos bancários, valores em trânsito e investimentos classificados como equivalentes de caixa, excluídos aqueles com fator de ponderação de risco inferior a 20% (vinte por cento) e demais valores. A intenção com essa alteração foi simplificar o cálculo e o acompanhamento que será feito no nível do terceiro dígito do balancete padrão (conta 121 do DIOPS Financeiro). Com impacto negativo, por exemplo, será considerado o saldo de caixa (subconta 1211 do DIOPS Financeiro), que em teoria possui risco de crédito zero. Contudo, tal valor na data-base de estudo totalizava R\$ 27 milhões, ou seja, 0,02% do total de ativos. Considerando o fator de risco proposto de 20%, tal montante gera um capital adicional de R\$ 436 mil, isto é, 0,0003% do total de ativos. Entende-se que seja um impacto residual irrelevante frente à simplificação proposta.

2. Títulos de Renda Fixa Privados: O total investido em títulos de renda fixa privados no mês de junho/2019 apresentado no DIOPS Financeiro foi de R\$ 14,6 bilhões. Desse total, R\$ 11,9 bilhões (81,5%) foram apontados como investimentos em Certificado de Depósito Bancário (CDB) e Recibo de Depósito Bancário (RDB), o que representa a maior parcela dessa classe de investimentos. Visando simplificar a apuração e não demandar novos dados para os entes supervisionados, pode ser realizada a seguinte adaptação em relação aos modelos da Susep e BCB:

a. O plano de contas padrão das operadoras segregava os investimentos em títulos de renda fixa privados em CDBs/RDBs e outros títulos de renda fixa privados, não havendo distinção de prazos. Contudo, é possível adotar, como parâmetros para estatísticas aproximadas, os valores informados pelas operadoras pelas câmaras de custódia, o que é uma parte do total geral de exposições nesses ativos. Dos R\$ 1,14 bilhões de CDBs/RDBs informados nas câmaras de custódia, 22% possuem vencimento antes de 3 meses e 78%, posterior a este prazo. No modelo já em uso nos mercados financeiro e securitário para o grupo de menor vencimento adota-se Fator de Ponderação de Risco (FPR) = 20% e para o maior FPR = 50%. Diante disso, para os CDBs/RDBs, propõe-se considerar como padrão o FPR a média ponderada que resulta em um fator médio de 43%.

Tabela 3 – Distribuição de exposições em CDBs e RDBs informados pelas câmaras de custódia (jun/2019)

Vencimento	Exposição Total	FPR	FPR x Exp. Total
Menor 3 meses	256,012,551	20%	51,202,510
Maior 3 meses	885,861,189	50%	442,930,594
Total	1,141,873,740	FPR Médio	43%

Fonte: B3 (junho/2019)

b. Para os demais títulos de renda fixa privados, será adotada abordagem mais simples, com a utilização de um fator médio. Para isso, foram realizados estudos com dados obtidos das câmaras de custódias de todos os títulos de renda fixa privado, excluídos os CDBs e RDBs. Basicamente, foram feitas as segregações por tipo de emissão e vencimento e uma alocação proporcional de acordo com os FPRs adotados pelos modelos da Susep e BCB que são:

- i. emitidos por instituições financeiras, com prazo de vencimento inferior a três meses (FPR = 20%);
- ii. emitidos por instituições financeiras, com prazo de vencimento superior a três meses (FPR = 50%);
- iii. Depósito a Prazo com Garantia Especial (DPGE) do Fundo Garantidor de Crédito (FGC) OU DPGE com prazo de vencimento inferior a três meses (FPR = 20%);
- iv. DPGE não garantidos pelo FGC e com prazo de vencimento superior a três meses (FPR = 50%);
- v. emitidos por instituições não-financeiras (FPR = 100%).

Como resultado, foi obtido o FPR médio de 64%. Destaca-se que, excluindo-se CDBs e RDBs, os únicos títulos de emissão de instituições financeiras que as operadoras possuem são Letras Financeiras, com prazos mais alongados por natureza do título. Logo, era esperado que o fator médio fosse definido entre 50% e 100%. Para maiores detalhes, vide tabelas abaixo:

Tabela 4 – Distribuição de exposições em títulos de renda fixa privado (excluídos CDBs e RDBs) informados pelas câmaras de custódia (jun/2019)

Tipo	Emissão	Antes de 3 meses	Após 3 meses
CCB	Não IF		13.011.927
CRA	Não IF		3.265.568
CRI	Não IF		9.436.804
DEB	Não IF	21.736.689	881.927.439
LF	IF	182.207.584	1.684.212.169
LFS	IF		131.746.788
LFSC	IF		16.012.438
LFSN	IF		688.424.493
LH	IF		7.307.998
NC	Não IF		42.081.499
Total		203.944.273	3.477.427.122

Fonte: B3 (junho/2019)

Tabela 5 – Totais de exposições em títulos de renda fixa privado (excluídos CDBs e RDBs) informados pelas câmaras de custódia (jun/2019)

Tipo	FPR	Exposição Total	FPR x Exp.Total
Não IF	100%	971.459.925	971.459.925
IF (menor 3 meses)	20%	-	-
IF (maior 3 meses)	50%	2.527.703.886	1.263.851.943
FPR médio			64%

Fonte: B3 (junho/2019)

3. Fundos de Investimentos: Como padrão, o FPR utilizado para o cálculo do risco de crédito de fundos é 100%. Contudo, assim como nas regulações do BCB e Susep, é facultada a aplicação de fator de ponderação de risco equivalente à média dos FPR's aplicáveis às operações integrantes da carteira dos fundos, como se fossem realizadas pelas instituições aplicadoras, ponderados pela participação relativa de cada operação no valor total da carteira. Tratamento diferenciado deve ser dado para os títulos de renda fixa privados. **Para esses, diferentemente do que foi definido no item 2 acima, devem ser adotados os mesmos FPR adotados no modelo dos mercados bancário e securitário no Brasil:**

- a. emitidos por instituições financeiras, com prazo de vencimento inferior a três meses (FPR = 20%);
- b. emitidos por instituições financeiras, com prazo de vencimento superior a três meses (FPR = 50%);
- c. DPGE garantidos pelo FGC OU DPGE com prazo de vencimento inferior a três meses (FPR = 20%);
- d. DPGE não garantidos pelo FGC e com prazo de vencimento superior a três meses (FPR = 50%);
- e. emitidos por instituições não-financeiras (FPR = 100%).

Tal diferenciação é importante para reduzir o custo para as empresas na apuração do FPR dos fundos. Muitos gestores de fundo colaboram com as seguradoras e fornecem o FPR calculado. Esses gestores, em grande parte, são os mesmos que gerem os fundos dedicados ao setor de saúde suplementar com convênios com a ANS.

As operadoras que optarem pela faculdade de apuração do FPR deverá apresentar à ANS, trimestralmente, em quadro auxiliar do DIOPS Financeiro, o resultado do cálculo referido considerando sempre a posição nos fundos de investimentos no último dia útil do referido trimestre.

Adicionalmente, as operadoras que optarem por essa faculdade terão que apresentar relatório de auditoria dos cálculos do fator de ponderação de risco realizado, por auditoria contábil independente. Exceuta-se a necessidade de auditoria para as exposições aos fundos de investimento dedicados ao setor suplementar definidos conforme a RN 392/2015, que no âmbito do convênio firmado, informarem o FPR calculado à ANS no trimestre de cálculo. Para esses fundos, o cálculo do risco de crédito será feito diretamente com o FPR e o total de exposição recebido informados pelo gestor do fundo. Tais valores de FPR serão divulgados tempestivamente pela ANS em seu site.

4. Contraprestações a receber de cobertura assistencial: Essas exposições devem ser segregadas em dois grupos (preestabelecido e pós-estabelecido):

a. Com preço preestabelecido: No mercado de seguro, considera-se que a parcela a vencer não possui risco de crédito. Isso ocorre, se o segurado não pagar, perde a cobertura e o contrato é cancelado. Isso se torna mais sensível no mercado securitário, pois os contratos de seguro normalmente possuem pagamentos parcelados com cobertura anual ou até superior em alguns casos. Cenário distinto ocorre no mercado de saúde, pois, quase a totalidade dos contratos são contratos com coberturas mensais, com pagamento mensal e adicionalmente, devido imposição legal, há cobertura mesmo após o vencimento do plano até o prazo de 60 dias. Logo, passa-se a adotar o FPR padrão de 75% para todo o valor de contraprestação com preço preestabelecido independente do vencimento.

b. Com preço pós-estabelecido: Nesse caso, já houve o uso da rede e o pagamento é feito *a posteriori* à utilização do serviço, sem valor fixado, ou seja, possui dinâmica distinta tanto de seguros quanto de operação de saúde em preço preestabelecido. Dessa forma, deve-se considerar como risco equivalente a "títulos e créditos a receber", pois o serviço já foi prestado sem a devida cobrança. Ou seja, para essas exposições devem ser considerado o FPR = 100%.

5. Créditos de operações de administração de benefícios: Essas exposições são referentes ao total a receber pelas administradoras de benefícios. Entende-se que o risco é idêntico ao de contraprestações a receber em uma operação direta com operadoras. Logo, propõe-se o FPR de 75%. Destaca-se que, embora pudesse haver a distinção dos riscos entre operações com preços pré e pós-estabelecidos, na prática não se observa a realização de operações em pós-pagamento com operações por meio de administradoras de benefícios.

6. Participação dos beneficiários em eventos/sinistros indenizados: São basicamente exposições referente a valores de coparticipação do beneficiário. Entende-se que é um risco semelhante a um crédito a receber genérico sem contraparte regulada/qualificada. Com isso, comparativamente, é obtido FPR = 100%.

7. Créditos Tributários e Previdenciários: Excluindo os créditos que foram expressamente retirados do Patrimônio Líquido Ajustado (PLA), na regulação doméstica de outros mercados e dos Crédito Tributário sobre Diferenças Temporárias, todos os créditos tributários e previdenciários não deduzidos do PLA devem ser considerados com FPR = 300%. Neste crédito destaca-se que a questão não é a mera incerteza sobre o risco de crédito, mas sim a incerteza sobre a recuperação. Excetua-se, além dos excluídos do PLA, também os créditos de antecipação de Imposto de Renda (IR) e Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL), pois, basicamente, esses representam um reconhecimento mensal simplificado do lucro para o pagamento periódico de imposto e no ajuste anual é avaliado a diferença. Para os Crédito Tributário sobre Diferenças Temporárias adota-se FPR = 100%.

8. Títulos e créditos a receber: Como se trata de exposições genéricas, normalmente sem contraparte regulada/qualificada, deve ser considerada no maior fator (FPR=100%). São os casos de:

- a. Outros créditos de operações com planos de assistência à saúde
- b. Créditos de operações de assistência à saúde não relacionados com planos de saúde da operadora;
- c. Adiantamentos;
- d. Empréstimos;
- e. Depósitos compulsórios,
- f. Conta corrente com cooperados;
- g. Outros títulos e créditos a receber devem ser considerados com FPR = 100%.

Tal tratamento é análogo ao que ocorre na regulação doméstica de outros mercados: todos os títulos a receber que não tiveram tratamento específico devem ser considerados com mesmo FPR. A diferenciação no modelo da ANS é que existe a distinção do saldo de títulos a receber genéricos (no qual entra o saldo de empréstimos) e depósitos. Contudo, considerando a irrelevância do saldo desse segundo grupo de ativos (R\$ 5 milhões, ou seja, 0,003% do total de ativos), propõe-se tratamento único para todo o grupo de títulos e créditos a receber não expressamente excluídos.

Tendo sido realizada a comparação qualitativa das alternativas, passa-se a análise quantitativa.

IX.2 Comparação Quantitativa

Considerando as conclusões das seção anterior, a comparação quantitativa a ser realizada nesta seção será entre a alternativa “não fazer nada” e a alternativa “implementar o capital baseado em riscos de crédito para o setor de saúde suplementar, em 2020, adotando uma metodologia semelhante as experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro”.

Antes de iniciar a análise, cabe frisar que os números apresentados nesta subseção se referem a **estimativas do projeto que ainda se encontram em curso relativas à adoção do capital baseado em risco em substituição à antiga técnica de mensuração do risco pela margem de solvência**. Com este estudo se defende a definição do modelo para o segundo risco modelado (risco de crédito) que segue a agenda após a definição do modelo de risco de subscrição. Ou seja, restam ainda os riscos operacional, legal e de mercado.

Além disso, para correta mensuração do risco de crédito segundo a proposta de modelo-padrão de risco de crédito, serão necessários quadros adicionais para obter algumas informações desagregadas. Por isso, para a realização das estimativas abaixo, adotaram-se algumas premissas, detalhadas na seção 6.1 do Relatório Preliminar do Capital de Risco Referente ao Risco de Crédito.

Por fim, salienta-se que o **projeto de adoção do CBR pela ANS faz parte de um projeto mais amplo que visa o avanço nas definições econômicas-financeiras do setor**. Incluem-se nesse último projeto, por exemplo, recentes alterações de normativos sobre a constituição das provisões técnicas e ativos garantidores, estudo em curso do Teste de Adequação dos Passivos (TAP) (que passará a ser objeto de notas explicativas para 2020 para se avaliar o impacto), disciplina do relatório circunstanciado sobre deficiência de controle internos, parâmetros sobre governança corporativa para fins de solvência, entre outros.

O objetivo central das análises foi apresentar que, embora o projeto do CBR esteja incompleto, há fortes indícios de redução dos valores de capital regulatório (CR) do setor, como já apontado em outros documentos elaborados pela ANS e outros *players* do setor de saúde suplementar no Brasil.^[33]

Considerando o exposto acima, passa-se para algumas definições de notação que serão utilizadas nesta subseção. Algumas já foram definidas acima ou são de amplo conhecimento, mas novamente foram resumidas abaixo:

- MS: Margem de Solvência;
- PLA: Patrimônio Líquido Ajustado;
- CRS: Capital de Risco de Subscrição;
- CRC: Capital de Risco de Crédito;
- CBR: Capital Baseado em Riscos já considerando as agregações dos valores de CRS e CRC;
- CR: Capital Regulatório;
- IS: Índice de Solvência (PLA/CR);
- Anterior (Ant.): trata-se dos valores encontrados quando é considerada a regra de capital estabelecida na RN 209/2009, que utiliza a Margem de Solvência como valor de referência para o CR, já considerando todo escalonamento, isto é, considerando a exigência de 100% da MS e não o atual percentual de exigência, de acordo com o escalonamento vigente;
- Provisório (Prov.): se trata de valores encontrados considerando o valor de CBR provisório, incluindo somente o CRS e CRC. Destaca-se que, embora a proposta de mensuração temporária defina o CR como sendo o máximo entre CBR, MS e CB vigente na data de apuração até 2023^[34], neste estudo de impacto considera-se somente o máximo entre o CBR e CB com o objetivo de avaliar o impacto provisório projetado sem a limitação da MS.

Após as devidas definições, o primeiro resultado apresentado na tabela abaixo são os valores agregados do setor para data-base junho/2019:

Tabela 6 – Estudo de Impacto – Valores Agregados

Totais	Valor (R\$ MM)
CRS	14,282
CRC	4,364
CRC/CRS	30.6%
CBR Prov.	17,173
CR Prov.	17,255
PLA	66,295
MS	48,306
CR Ant.	48,350
CR Prov./CR Ant.	35.7%
IS Ant.	137%
IS Prov.	384%

Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

Da tabela acima, é possível observar que o total do CBR do mercado de saúde suplementar, conforme números do segundo trimestre de 2019, é de R\$ 17,2 bilhões. Esse valor já considera as agregações entre o CRC e o CRS (segundo fórmula apresentada no início da subseção 4.1 do Relatório Preliminar do Capital de Risco Referente ao Risco de Crédito). Assim, o valor estimado para o CBR – incluindo o risco de subscrição e o risco de crédito – é em média 36% do valor considerando a regra da margem de solvência. Como consequência os valores de IS apresentaram uma evolução considerável ao comparar-se o valor anterior com a proposta provisória.

Espera-se que o CBR médio seja inferior a atual regra de margem de solvência mesmo quando o capital baseado nos demais riscos (operacional, legal e de mercado) sejam incluídos no modelo. Isso porque, para estimar o impacto da adoção de modelo padrão de capital baseado em risco, pode-se traçar um paralelo com outros mercados, conforme apontado na seção XI da NT nº 1/2019/DIOPE (SEI 11352779):

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 têm 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. (g.n.)

No mercado de seguros regulado pela Susep para empresas que operam majoritariamente em seguros estruturados em regime de repartição simples (mesma estruturação de produtos do mercado de saúde suplementar), o risco de subscrição agregado com o risco de crédito corresponde a um percentual de aproximadamente **80% do total do capital baseado em riscos, após as agregações dos riscos**.

Novamente, frisa-se que esses números são estimativas baseadas em experiências de outras jurisdições e mercados regulados e, assim como qualquer estimativa, podem ser revistas a partir do acúmulo de informações mais aderentes ao contexto do setor de saúde suplementar brasileiro, acúmulo esse que só o exame dos resultados do uso do modelo padrão permitirá. Trata-se também de valores agregados, e o capital é calculado conforme o risco próprio de cada operadora. **Assim, a depender do perfil de risco individual da operadora, seu requerimento de capital poderá ser mais elevado.**

Retomando a análise da Tabela 5, observa-se que a exigência de capital relativa ao risco de crédito é aproximadamente 30% do risco de subscrição, antes da agregação. Tal valor é próximo ao que é calculado para o mercado de seguros no Brasil, considerando as seguradoras que operam com produtos em repartição simples, cuja estrutura de risco é similar ao do mercado de saúde suplementar.

Na tabela abaixo são apresentados os mesmos números, contudo, segregando-se de acordo com as classificações das operadoras. Novamente, no geral, observa-se uma redução da exigência provisória, com exceção para as administradoras de benefícios. Esse comportamento diverge para estas, pois, atualmente, elas não possuem valores de MS e por este motivo somente há exigência do capital base. Isso ocorre, pois, tais empresas não possuem retenção de contraprestações e eventos (não há risco de subscrição). Contudo, naturalmente, são expostas aos demais riscos (crédito, operacional, legal e mercado). A exigência com o risco de crédito esse cenário se altera para essa modalidade.

Tabela 7 – Estudo de Impacto – Valores Agregados por Classificações de Operadoras

(R\$ MM)	Admin.	Autogestão	Cooperativa Médica	Cooperativa Odonto	Filantropia	Medicina de Grupo	Odonto de Grupo	Seguradora
CRS	0	1,853	3,795	57	148	4,496	243	3,690
CRC	82	740	1,541	18	110	1,024	76	773
CBR Prov.	82	2,424	4,782	68	231	5,131	290	4,165
CR Prov.	85	2,441	4,783	68	231	5,187	292	4,168
PLA	220	16,412	14,606	228	2,102	17,467	823	14,436
MS	0	5,999	15,500	166	629	14,794	609	10,609
CR Ant.	7	6,001	15,506	166	630	14,821	611	10,609
CR Prov./CR Ant.	1292%	41%	31%	41%	37%	35%	48%	39%
IS Ant.	3353%	273%	94%	137%	334%	118%	135%	136%
IS Prov.	260%	672%	305%	334%	910%	337%	282%	346%

Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

Na tabela abaixo, é apresentada a distribuição dos valores da divisão CBR Prov./MS. Com as devidas ressalvas de que nem todos os riscos foram modelados, observa-se que os valores provisórios trazem indícios que a nova regra de capital resultará em uma exigência média inferior a da estabelecida na RN 209/2009.

Tabela 8 – Estudo de Impacto – Distribuição dos valores de CBR Prov./MS

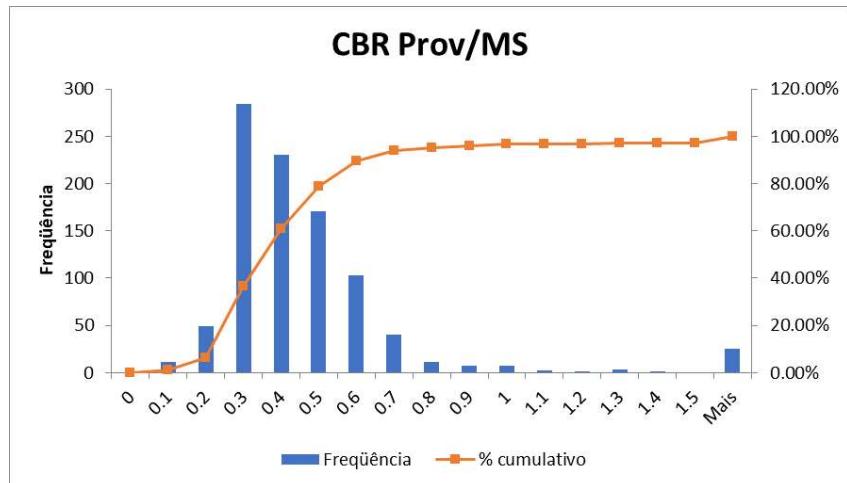
Situação	%
Menor do que 20%	5.3%
Entre 20 e 50%	60.6%
Entre 50 e 70%	12.7%
Entre 70 e 100%	2.2%
Maior que 100%	2.8%
Não possuía MS	15.3%
Dados Incompletos	1.1%

Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

Destaca-se, ainda, que aproximadamente 94,3% das operadoras apresentaram valores de CBR Prov./MS abaixo de 75%. Esse valor é relevante, pois é o percentual da MS fixado no período de transição definido na RN nº 451/2020 e será considerado como o valor mínimo de capital regulatório exigido durante o período de transição até a implementação de todos os riscos. **Certamente este percentual acumulado de operadoras será reduzido conforme os novos riscos sejam acrescidos ao modelo padrão.**

O resultado da tabela acima foi mais detalhado no gráfico abaixo e na Tabela 8 apresentada em sequência. No gráfico, no eixo à esquerda, tem-se a distribuição do número de empresa por faixas de valores de CBR Prov./MS no eixo a direita, é apresentado a distribuição acumulada. No eixo inferior o leitor deve ler como os valores distribuídos entre o valor anterior no eixo e o valor indicado abaixo de cada coluna.

Figura 3 – Estudo de Impacto – Distribuição dos valores de CBR Prov./MS



Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

Tabela 9 – Estudo de Impacto – Percentis da distribuição dos valores de CBR Prov./MS

Medidas de Posição	CBR Prov./MS
Mediana	35%
55%	37%
60%	40%
65%	42%
70%	45%
75%	48%
80%	51%
85%	55%
90%	61%
95%	79%

Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

A tabela abaixo apresenta a mesma distribuição, contudo, segregando por classificações de operadoras.

Tabela 10 – Estudo de Impacto – Distribuição dos valores de CBR/MS por Classificação de Operadoras

Situação	Admin.	Autogestão	Cooperativa Médica	Cooperativa Odonto	Filantropia	Medicina de Grupo	Odonto de Grupo	Seguradora
Menor do que 20%	0%	13%	3%	1%	3%	10%	4%	11%
Entre 20 e 50%	0%	64%	86%	68%	60%	68%	51%	67%
Entre 50 e 70%	0%	17%	7%	29%	10%	12%	22%	11%
Entre 70 e 100%	0%	4%	0%	2%	8%	2%	6%	0%
Maior que 100%	2%	2%	2%	0%	20%	2%	5%	11%
Não possuía MS	97%	0%	1%	0%	0%	4%	11%	0%
Dados Incompletos	1%	0%	1%	0%	0%	2%	1%	0%

Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

Outra comparação importante é comparar o total de CR provisório com o que anteriormente era cobrado. A tabela abaixo apresenta a distribuição desse índice.

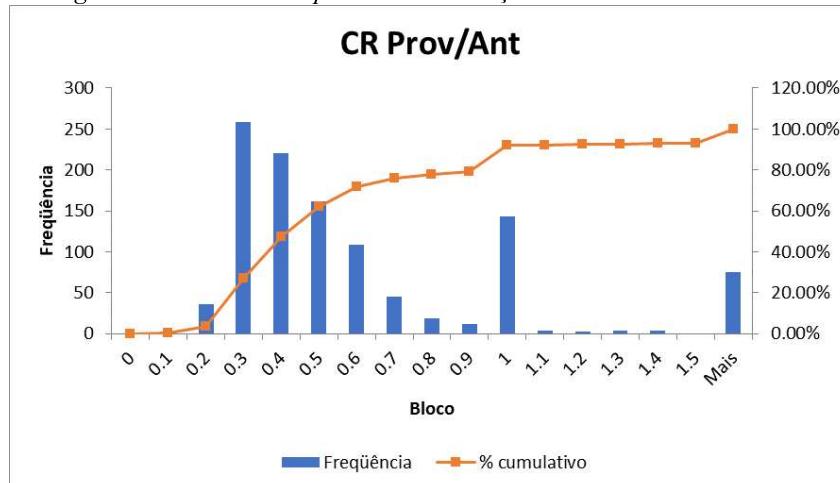
Tabela 11 – Estudo de Impacto – Distribuição dos valores de CR Prov./CR Ant.

Situação	%
Menor do que 20%	3.4%
Entre 20 e 50%	56.6%
Entre 50 e 70%	13.5%
Entre 70 e 100%	15.4%
Maior que 100%	7.7%
Não possuía exigência / Incompleto	3.4%

Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

O resultado da tabela acima foi mais detalhado no gráfico abaixo, que foi estruturado da mesma forma que foi detalhado no gráfico acima. Destaca-se que, para cerca de 13% das operadoras, não há alteração, ou seja, CR Prov./CR Ant. = 1. O resultado é devido à exigência de capital anterior e provisória se dar pelo capital base. Destaca-se o percentual de empresas com valores superiores a 150%. Isto ocorre, em geral, para as empresas que atualmente possuem valores baixos de MS e a exigência se dá pelo capital base. Com o CRC, tais regulados passam a ter valores mais expressivos de CR.

Figura 4 – Estudo de Impacto – Distribuição dos valores de CR Prov./CR Ant



Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

Por fim, analisa-se o IS. Tal índice representa o nível de solvência, comparando o total requerido de capital contra o valor do patrimônio líquido ajustado disponível. Novamente, como era esperado para este resultado provisório, houve uma melhoria nos índices de solvência ao se adotar somente o valor de CBR de transição sem os demais riscos incluídos. Destaque-se, mais uma vez, que tais valores poderão sofrer alterações com as novas exigências de provisões, recentemente alteradas, e a evolução do debate sobre o Teste de Adequação de Passivos (TAP).

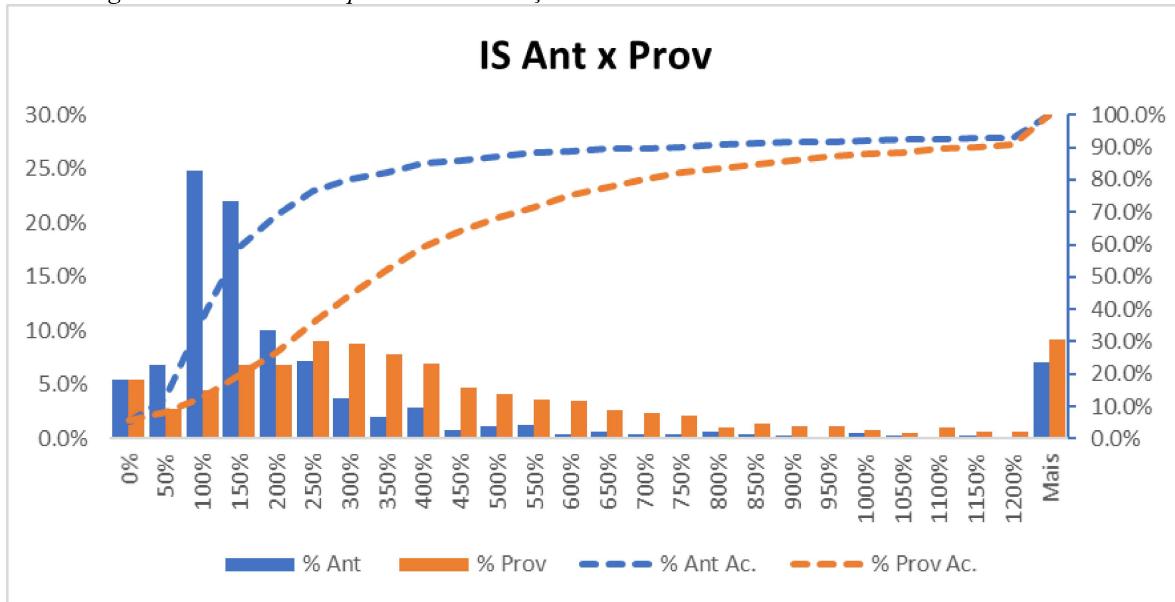
Tabela 12 – Estudo de Impacto – Distribuição dos valores de IS Ant. e Provisório

IS	Anterior	Provisório
Maior que 200%	333	812
Entre 200% e 150%	108	75
Entre 150% e 100%	238	76
Entre 50% e 100%	268	50
Menor que 50%	133	92
Não possuía exigência / CMR		
Nulo	37	1
Dados Incompletos	13	24

Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

O resultado da tabela acima foi mais detalhado no gráfico abaixo [35]:

Figura 5 – Estudo de Impacto – Distribuição dos valores de IS Ant. e Provisório



Fonte: DIOPS e estudos próprios (junho/2019)

X. Impactos administrativos e operacionais

X.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, que exigirá adaptações nas rotinas da ANS e das operadoras reguladas. A maior parte desses dados já constam do DIOPS Financeiro, que as operadoras enviam trimestralmente à ANS. Há, contudo, dados que ainda não são informados periodicamente pelas operadoras e que são necessários ao cálculo do capital baseado no risco de crédito.

Por isso, as operadoras que optarem por adotar o capital baseado em riscos deverão preencher quadros auxiliares do DIOPS com as informações necessárias. Importante assinalar que a criação deste quadro será acordada com o setor responsável da Gerência de Tecnologia da Informação e terá priorização dentro das demandas da DIOPE para o atendimento do prazo desta minuta de norma. A tabela abaixo resume todas as informações adicionais para o cálculo do risco de crédito, a serem apresentadas trimestralmente juntamente com o DIOPS Financeiro.

Tabela 13 – Informações adicionais necessárias para cálculo do CRC

Íd	Grupo	Fonte	Descrição

lo	Grupo	Fonte	Descrição
	Créditos com Operadoras	Quadro auxiliar DIOPS	<p>Atualmente os valores de créditos com outras operadoras são agregados na conta 1234 acrescidos dos saldos das contas 1241X902 (Intercâmbio a Receber - Atendimento Eventual) no DIOPS Financeiro. Contudo, de acordo com o modelo definido os valores dos créditos devem ser segregados por operadora. Também deverá ser considerado os valores dos débitos com cada operadora para dedução das exposições (grupo de contas 2135) e 2111XX033 (Provisões relativas a eventos com Intercâmbio).</p> <p>Com isso, deverá ser criado quadro auxiliar que detalha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código da Operadora Credora • Valor dos créditos com a Operadora Credora: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Contraprestação Corresponsabilidade Assumida; ◦ Cosseguro Aceito; ◦ Intercâmbio a Receber - Atendimento Eventual; e ◦ Demais créditos com outras operadoras. • Valor dos débitos com a Operadora Credora: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Intercâmbio a Pagar de Corresponsabilidade Cedida; ◦ Cosseguro Cedido; e ◦ Provisões relativas a eventos com Intercâmbio. <p>Como crítica no DIOPS, os totais dos valores de créditos com operadoras neste quadro auxiliar deverá ser o mesmo do total agregado na conta 1234 e 1241X902 e os débitos devem coincidir com o total da conta 2135 e 2111XX033.</p>
	Fundos de Investimentos	Gestores dos fundos dedicados via FTP	<p>Os gestores dos fundos dedicados deverão informar o FPR médio do fundo que também será enviado via FTP. Essa informação será disponibilizada no site da ANS para as operadoras realizarem o cálculo.</p> <p>Obs.: Os fundos dedicados que não informarem o FPR serão tratado como demais fundos.</p>
	Fundos de Investimentos	Quadro auxiliar DIOPS	<p>As empresas que optarem pelo tratamento diferenciado para a mensuração dos riscos dos fundos de investimentos deverão enviar o FPR médio de todos os fundos através de Quadro Auxiliar. Também devem observar o envio do relatório do PPA realizado para o uso do FPR médio deverá ser informado através do DIOPS-DOCS</p>

Destaca-se que, diante da proposta de modelo, a ANS terá que adotar duas novas rotinas para divulgação de informações, trimestralmente:

- i) Divulgação do Índice de Solvência de todas as operadoras;
- ii) Divulgação dos FPRs informados pelos gestores dos fundos dedicados.

X.2 Impacto operacional

A implementação do novo modelo de capital regulatório implica a adaptação de processos internos da DIOPE. 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. Não há impacto para outras áreas da ANS. Processos de fiscalização não serão afetados. Os impactos nos sistemas de informação foram relatados acima (quadros auxiliar no DIOPS).

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 têm 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. O segundo principal risco é o risco de crédito, cuja estratégia de implementação, fiscalização e monitoramento será analisada nessa seção.

Conforme discutido anteriormente, eventuais dificuldades do setor com a familiarização da formulação de cálculo do modelo de risco de crédito serão mitigadas com a elaboração de material de apoio, como a divulgação de uma planilha de apoio para realização de simulações do capital baseado no risco de crédito, especificando claramente quais informações são necessárias e onde, no DIOPE, podem ser encontradas. Experiência semelhante foi realizada para o risco de subscrição e a equipe técnica da DIOPE entendeu ser bem-sucedida como forma diminuir o custo regulatório de implementação para o setor.

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 e já foi realizado o primeiro módulo em novembro de 2019.

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. Considerações sobre contribuições e manifestações recebidas ao longo da elaboração da AIR

Em 11 de dezembro de 2019, a DIOPE apresentou aos representantes do setor de saúde suplementar a proposta de modelo padrão de cálculo de capital baseado no risco de crédito, na 1ª Reunião Técnica de Solvência, disponibilizando ainda o Relatório Preliminar do Capital de Risco Referente ao Risco de Crédito (vide SEI 16227811).

Além disso, a DIOPE permitiu que as operadoras encaminhassem contribuições e considerações acerca do tema discutido até 20 de janeiro de 2020 e as mesmas foram incorporadas na proposta quando aceitas (maiores detalhes vide relatório específico com respostas – SEI 16227885).

XIII. 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 a regra de capital regulatório vigente, ao definir os fatores do modelo padronizado de capital baseado no risco de crédito. Quatro opções regulatórias foram avaliadas: i) não fazer nada ii) adotar uma metodologia para o modelo padrão do capital baseado no risco de crédito substancialmente diferente das experiências nacionais ou internacionais; iii) adotar uma metodologia igual às experiências nacionais ou internacionais; ou iv) adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro.

O modelo padrão para o cálculo de capital baseado no risco de crédito proposto pela DIOPE baseia-se na alternativa “de adotar uma metodologia semelhante às experiências nacionais ou internacionais, com adaptações para o setor de saúde suplementar brasileiro”. Essa foi a opção que apresentou maiores benefícios e menores custos regulatórios, pois, ao se alinhar às metodologias já adotadas por reguladores internacionais e nacionais, evita não apenas o dispêndio de recursos públicos na definição de modelos distintos do que já se observa em outros setores regulados no país, como também eventuais custos para as operadoras de planos de saúde, associados à implementação de rotinas específicas para o mercado de saúde suplementar.

Além disso, ao se basear especificamente no mercado de saúde suplementar, o modelo torna-se mais preciso, uma vez que incorpora exposições do setor de saúde suplementar que não encontram paralelo no setor bancário e segurador. Permite

adaptações e simplificações regulatórias com o objetivo de diminuir o custo regulatório associado a colher dados e prestar informações à ANS para exposições pouco representativas ao setor suplementar, garantindo o acompanhamento prudencial mais adequado à realidade da ANS e do setor.

- [1] Exceto as operadoras na modalidade de autogestão com patrocinadoras, para as quais se aplicará a nova regra a partir de final de 2024.
- [2] Risco de Subscrição: medida de incerteza relacionada a uma situação econômica adversa que contraria as expectativas da operadora no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas e relativas à precificação.
- [3] Risco de Crédito: medida de incerteza relacionada à probabilidade da contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos financeiros.
- [4] Risco de Mercado: medida de incerteza relacionada à exposição a perdas decorrentes da volatilidade dos preços de ativos, tais como cotações de ações, taxas de juros, taxas cambiais, preços de *commodities* e preços de imóveis.
- [5] Risco Legal: medida de incerteza relacionada aos retornos de uma operadora por falta de um completo embasamento legal de suas operações; é o risco de não-cumprimento de leis, regras, regulamentações, acordos, práticas vigentes ou padrões éticos aplicáveis, considerando, inclusive, o risco de que a natureza do produto/serviço prestado possa tornar a operadora particularmente vulnerável a litígios.
- [6] Risco Operacional: medida de incerteza que compreende os demais riscos enfrentados pela operadora relacionados aos procedimentos internos, tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas.
- [7] CASA CIVIL. **Diretrizes gerais e guia orientativo para elaboração de Análise de Impacto Regulatório** – AIR / Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais [et al.]. --Brasília: Presidência da República, 2018.
- [8] Exceto as operadoras na modalidade de autogestão com patrocinadoras, para as quais se aplicará a nova regra a partir de final de 2024.
- [9] *Idem.*
- [10] *Idem.*
- [11] Acesso em:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/reunoes_tecnicas/2019_rt_solvencia/reuniao-1-relatorio-preliminar-risco-de-credito.pdf
- [12] Destaca-se que a RN nº 451/2020, alterou a definição de risco de crédito dada anteriormente na IN nº 14/2007, incluindo a possibilidade também da contraparte de ter alterada sua classificação de risco de crédito.
- [13] Essa discussão foi realizada em maiores detalhes na seção “Revisão de Literatura e Principais Normativos” do Relatório preliminar do Capital de Risco Referente ao Risco de Crédito. Acesso em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-73-proposta-de-resolucao-normativa-que-disciplina-os-criterios-para-definicao-do-capital-regulatorio-das-operadoras-de-planos-de-assistencia-a-saude>
- [14] Por isso, o Basileia III não será detalhado nesta seção.
- [15] Por exemplo, títulos públicos, securitizações, empréstimos com lastro em imóveis, títulos privados.
- [16] Com isso, o equivalente ao capital referente ao risco de crédito é determinado por: $RWA_{cred} = 0,08 \sum_i^n Fator_i \times Exposição_i$.
- [17] Percentual que corresponde à expectativa de longo prazo das taxas de descumprimento para o horizonte temporal de 1 ano dos tomadores de um determinado nível de risco de crédito ou grupo homogêneo de risco.
- [18] Como por exemplo: i) Exposição ao *Default* (EAD): Valor da exposição da instituição, seja efetiva ou contingente, perante o tomador ou contraparte no momento da concretização do evento de descumprimento, bruto de provisões e eventuais baixas parciais a prejuízo; ii) Perda no caso de *Default* (LGD): Percentual, em relação ao parâmetro EAD observado, da perda econômica decorrente do descumprimento, considerados todos os fatores relevantes, inclusive descontos concedidos para recuperação do crédito e todos os custos diretos e indiretos associados à cobrança da obrigação; iii) Maturidade de Exposição (M): Prazo remanescente da operação ponderado pelos fluxos de caixa relativos a cada período futuro.
- [19] A IAIS foi criada em 1994 e, atualmente, reúne supervisores de mais de 200 jurisdições, inclusive, a Susep e ANS no Brasil.
- [20] PARLAMENTO E CONSELHO EUROPEUS. **Directive 2009/138/EC**. Bruxelas: European Parliament and of the Council, 2019. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A32009L0138>
- [21] IAIS. **ICS Version 2.0 Public Consultation Document** (seção 7.18). Disponível em: <https://www.iaisweb.org/page/supervisory-material/insurance-capital-standard//file/82711/public-2019-iais-field-testing-technical-specification>
- IAIS. **Public 2019 IAIS Field Testing Technical Specifications** (seção 12.5). Disponível em: <https://www.iaisweb.org/page/supervisory-material/insurance-capital-standard//file/82711/public-2019-iais-field-testing-technical-specifications>
- [22] São enquadradas nessa classe as seguintes exposições: resseguro, securitização, derivativos ou qualquer outro contrato de mitigação de risco; depósito bancário, depósito junto a instituições cedentes, fiança/aval e letra de crédito, *LGD* e parâmetros de classe de *rating* para cada contraparte, *LGD* para resseguro/derivativos baseada na posição estressada e permite garantias.
- [23] São enquadradas nessa classe as seguintes exposições: recebíveis de intermediários, segurado devedor (incluindo empréstimos hipotecários), vários instrumentos em que as contrapartes excedem dado limite.
- [24] Processo nº 33910.009935/2018-85.
- [25] Exceto as operadoras na modalidade de autogestão com patrocinadoras, para as quais se aplicará a nova regra a partir de final de 2024.
- [26] De forma semelhante, o grau de exposição ao risco de crédito depende mais da forma como a operadora é gerida do que sua natureza jurídica. Por isso, não se fala em diferenciação para as diferentes modalidades de operadoras que atuam no mercado de saúde suplementar brasileiro.
- [27] Embora seja similar aos prêmios de seguros, o tratamento será diferenciado, conforme detalhado na seção 4.3.1.
- [28] Acesso em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/reunoes_tecnicas/2019_rt_solvencia/reuniao-1-relatorio-preliminar-risco-de-credito.pdf

[29] A apresentação e o áudio da reunião podem ser encontrados na seguinte página eletrônica: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/reunioes-tecnicas/reunioes-tecnicas-de-solvencia>

[30] Consideraram-se, para se avaliar o impacto das alternativas, principalmente os custos, diretos e indiretos, para o regulado; e os custos, diretos e indiretos, para o regulador. Quando tais custos são altos, de forma injustificada ou desarrazoada, a tendência é que haja prejuízos à concorrência e eficiência no setor e ao bem-estar do consumidor.

Os principais impactos identificados estão listados na coluna “Descrição do Impacto”, constante dos Quadro 1 a 3 desta Nota.

[31] O índice de solvência é calculado por meio do quociente de solvência definido para cada operadora i por:

Onde

- PLA_i é o valor do patrimônio líquido ajustado da operadora credora i ;
- CMR_i é o valor de capital regulatório requerido da operadora credora i .

[32] Antigo Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors (CEIOPS), atual European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA).

[33] Vide Relatório de Consulta Pública nº 73 referente à RN Capital Regulatório e Alteração da IN 14/2007, da DIOPE, anexo ao Processo 33910.009935/2018-85.

[34] Exceto as operadoras na modalidade de autogestão com patrocinadoras, para as quais se aplicará a nova regra a partir de final de 2024.

[35] Para simplificação dos objetivos propostos neste estudo, não foram apresentados os valores negativos de IS, para empresas com patrimônio líquido ajustado negativo que estão em tratamento/resolução pela ANS.



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Barata Duarte, Assessor(a)**, em 11/03/2020, às 13:16, 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 11/03/2020, às 13:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Taina Leandro, Assessor(a)**, em 11/03/2020, às 14:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana de Campos Aranovich, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 11/03/2020, às 14:11, 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 11/03/2020, às 17:19, 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 **16220493** e o código CRC **6E0CF945**.