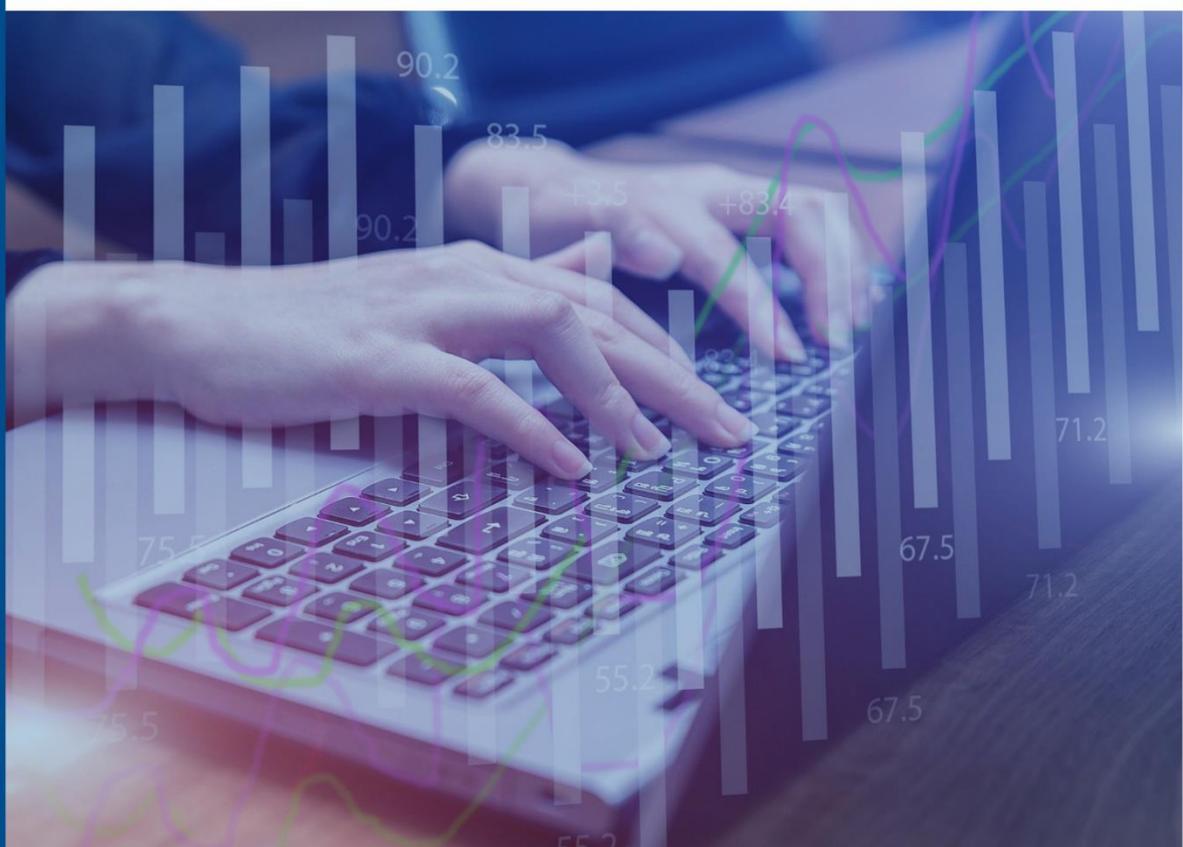


# PRÉ-PROJETO REGISTRO DE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE

Junho/2021





## Sumário

<b>1. DEFINIÇÃO DO PATRIMÔNIO MÍNIMO NECESSÁRIO, PARA ATUAÇÃO COMO OPERADORA</b>	<b>3</b>
<b>2. PROVISÕES TÉCNICAS NECESSÁRIAS, CONFORME REGULAÇÃO SETORIAL</b>	<b>8</b>
2.1. PROVISÃO DE EVENTOS A LIQUIDAR (PEL)	9
2.2. PROVISÃO PARA EVENTOS OCORRIDOS E NÃO AVISADOS (PEONA)	9
2.3. PROVISÃO PARA EVENTOS OCORRIDOS E NÃO AVISADOS OCORRIDOS NO SUS – PEONA SUS	10
2.4. PROVISÃO PARA REMISSÃO	11
2.5. PROVISÃO PARA PRÊMIOS/CONTRAPRESTAÇÕES NÃO GANHAS (PPCNG)	11
2.6. PROVISÃO PARA INSUFICIÊNCIA DE CONTRAPRESTAÇÃO/PRÊMIO (PIC), REFERENTE À INSUFICIÊNCIA DE CONTRAPRESTAÇÃO/PRÊMIO PARA A COBERTURA DOS EVENTOS/SINISTROS A OCORRER, QUANDO CONSTATADA	12
<b>3. REGRAS DAS ENTIDADES DE AUTOGESTÃO</b>	<b>13</b>
<b>4. DEFINIÇÃO DE CUSTOS MENSAIS COM ASSESSORIA, CONSULTORIA, SISTEMA DE GESTÃO, CONTABILIDADE E AUDITORIA INDEPENDENTES, ALÉM DE TAXAS OBRIGATÓRIAS, RELACIONADAS À OPERAÇÃO;</b>	<b>17</b>
<b>5. ESTRUTURA MÍNIMA NECESSÁRIA</b>	<b>22</b>
<b>6. REGISTRO E AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO JUNTO À ANS</b>	<b>23</b>
<b>7. DADOS DO SETOR</b>	<b>25</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>26</b>
ANEXO – QUADRO SÍNTESE	28



Curitiba, PR, 10 de junho de 2021.

À

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS ADVOGADOS PÚBLICOS FEDERAIS - ANAFE**

**A/c: Sr. Lademir Gomes da Rocha**

**Assunto: REGISTRO DE OPERADORA - DEFINIÇÃO DE CUSTOS PROVÁVEIS E OBRIGAÇÕES BÁSICAS**

Prezados Senhores,

O presente trabalho tem por objetivo, em observância ao contrato firmado com esta Consultoria, **apresentar a definição de custos prováveis e obrigações básicas**, subsidiando-os de informações que os auxiliem no processo de decisão quanto ao ingresso ou não no mercado de saúde suplementar.

## **1. Definição do patrimônio mínimo necessário, para atuação como operadora**

A regulação prudencial ou regulação econômico-financeira, estabelece a exigência de garantias financeiras, diante dos riscos da operação de planos de saúde. Essas garantias financeiras são traduzidas através de **recursos próprios mínimos, provisões técnicas e ativos garantidores**, com vistas à liquidez e à solvência da operadora, para a continuidade e a qualidade do serviço contratado pelo beneficiário.

Para ingresso no mercado de saúde suplementar, as pessoas jurídicas pretendentes necessitam observar o **Capital Base (CB)**, uma regra para o início de operação e para manutenção da operadora nesse mercado.



# CTS

Em simples palavras, a exigência funciona como uma “franquia de entrada no setor”, ou seja, o CB representa o valor mínimo do Patrimônio que uma operadora deve manter de acordo com suas características de segmentação, região de comercialização e modalidade, independentemente do tamanho da sua carteira.

Quanto à segmentação/modalidade da operadora, no caso da operadora pretendida, se trata de uma Autogestão, de qualquer forma, relacionamos abaixo, as possíveis modalidades, conforme definição estabelecida na RDC 39:

- **Cooperativa:** sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde;

- **Filantropia:** Entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais;

- **Odontologia de Grupo:** empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas como cooperativa odontológica;

- **Autogestão** (RN 137): pessoa jurídica de direito privado que operadora planos privados de assistência à saúde a um público específico, por exemplo, a determinada categoria profissional.

- **Medicina de Grupo:** empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades.

Para tanto, retomamos o valor do CB a ser observado pela operadora pretendida apurado através da multiplicação do chamado “fator K”, conforme definido no Anexo I

da Resolução Normativa - RN nº 451/20, pelo capital referência, valor atualizado anualmente, com vigência a partir de julho de cada ano. A seguir, demonstramos a tabela com o “fator K”.

Tabela – VALOR DO FATOR “K” (%)

Segmento	Região de Comercialização					
	1	2	3	4	5	6
Seguradoras Especializadas em Saúde	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Medicina de Grupo/Filantropias - ST	100,00	74,19	48,39	25,81	18,06	10,32
Cooperativa Médica – ST	87,10	61,29	37,10	18,06	12,65	7,23
Medicina de Grupo/Filantropias - SSS	74,39	49,19	27,58	12,65	8,85	5,06
Cooperativa Médica – SSS	64,52	46,77	29,03	12,90	8,82	4,74
Autogestão	61,69	38,39	20,11	8,85	6,20	3,54
Medicina de Grupo/ Filantropias -SSP	50,04	29,25	19,35	7,10	5,00	2,90
Cooperativa Médica - SSP	45,81	22,58	15,35	6,68	4,76	2,84
Medicina de Grupo/Filantropias - SPS	34,19	20,97	14,52	6,26	4,35	2,45
Cooperativa Médica - SPS	32,58	19,74	12,89	5,85	3,98	2,10
Medicina de Grupo/Filantropia - SPP e SPP/SUS	20,16	14,31	8,37	4,98	3,37	1,77
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47
Odontologia de Grupo - SOT	3,23	2,58	1,94	0,48	0,41	0,34
Cooperativa Odontológica - SOT	2,58	2,43	1,79	0,45	0,35	0,25
Odontologia de Grupo - SOM	2,40	2,03	1,48	0,39	0,30	0,20
Cooperativa Odontológica - SOM	2,35	1,90	1,21	0,34	0,26	0,19
Odontologia de Grupo - SOP	2,31	1,76	0,94	0,29	0,23	0,18
Cooperativa Odontológica - SOP	2,03	1,35	0,61	0,23	0,20	0,16
Administradora	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47

Para efeito de classificação, as operadoras devem ainda observar sua **região de comercialização** como segue:

- **Região 1:** em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;
- **Região 2:** no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;



# CTS

- **Região 3:** em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;
- **Região 4:** no Município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba ou de Brasília;
- **Região 5:** em grupo de municípios, excetuando os definidos na região 4; e
- **Região 6:** em um único município, excetuando os definidos na região 4.

Define-se região de comercialização as localidades onde as autogestões disponibilizam seus planos privados de assistência à saúde.

Considerando que, a ANAFE é entidade representativa dos membros da Advocacia-Geral da União (AGU), atua em todo o território Brasileiro, e conseqüentemente seu interesse também será disponibilizar planos de saúde a todos os seus associados, independente da Unidade Federativa (UF) que estão localizados, esta se enquadrará como **Região 1** (Nacional).

Diferente das demais modalidades de operadoras, as autogestões não possuem variação de fator 'k' em decorrência da segmentação, desta forma, o "fator K" a ser observado pela ANAFE será de **61,69%**.

Segmento	Região de Comercialização					
	1	2	3	4	5	6
Autogestão	61,69	38,39	20,11	8,85	6,20	3,54

O valor do capital referência, considerando a última atualização ocorrida em julho/2020 é **R\$8.977.014,19** (Oito milhões, novecentos e setenta e sete mil, quatorze reais e dezenove centavos), de tal modo que, **aplicando-se o disposto no art. 3º da Resolução Normativa - RN nº 451/20, o Capital Base - CB deve ser, conforme o caso:**



# CTS

CB = (Capital Referência x fator k)		
Região de Comercialização	Autogestão	Resultado:
Região 1	CB = R\$ 8.977.014,19 x <b>61,69%</b>	R\$ 5.537.920,05
Região 2	CB = R\$ 8.977.014,19 x <b>38,39%</b>	R\$ 3.446.275,75
Região 3	CB = R\$ 8.977.014,19 x <b>20,11%</b>	R\$ 1.805.277,55
Região 4	CB = R\$ 8.977.014,19 x <b>8,85%</b>	R\$ 794.465,76
Região 5	CB = R\$ 8.977.014,19 x <b>6,20%</b>	R\$ 556.574,88
Região 6	CB = R\$ 8.977.014,19 x <b>3,54%</b>	R\$ 317.786,30

Portanto, estes valores, conforme o caso, representam o patrimônio mínimo necessário que a operadora deve possuir para solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a obtenção da autorização de funcionamento como operadora, sendo **imprescindível destacar o disposto no art. 5º, Resolução Normativa - RN nº 451/20:**

“Art. 4º As pessoas jurídicas que apresentarem pedido de autorização de funcionamento para atuar no setor de saúde suplementar **deverão demonstrar** que procederam à capitalização em **aplicações financeiras de renda fixa de valor equivalente ou superior a 50%** (cinquenta por cento) **do CB.**”

Além do CB, regra para início da operação, **completado um ano de atividade passará a ser exigido da operadora**, a observância de outro critério patrimonial, a **Margem de Solvência (MS)**, que vigora até dezembro de 2022, sendo substituída posteriormente pelo **Capital Baseado em Riscos (CBR)**.

Diferentemente do CB, a MS leva em consideração o volume de operação (contraprestações e eventos), de modo que o valor resultante do cálculo desta exigência é **proporcional ao porte de cada operadora**. Assim, quanto maior a operadora, em termos de volume movimentado, maior deve ser seu Patrimônio.

Para apuração da MS a ANS estabeleceu o seguinte critério, conforme dispõe a Resolução Normativa - RN nº 451/20:



Art. 5º A MS deve ser apurada mensalmente o **maior montante entre os seguintes valores:**

I - **0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos doze meses:** de 100% (cem por cento) das **contraprestações/prêmios** na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço pós-estabelecido; ou

II – **0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de:** 100% (cem por cento) dos **eventos/sinistros** na modalidade de preço preestabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido.

## 2. Provisões Técnicas necessárias, conforme regulação setorial

A regulação prudencial requer das operadoras a constituição de diversas **Provisões Técnicas** que, conceitualmente, são montantes a serem contabilizados em contas do passivo da operadora, com o objetivo de garantir/refletir as obrigações futuras decorrentes da sua atividade.

De acordo com a Resolução Normativa – RN nº 393/15, as operadoras devem constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes Provisões Técnicas:

- **Provisão de Eventos a Liquidar (PEL);**
- **Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA);**
- **Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS (PEONA SUS);**
- **Provisão para Remissão;**
- **Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas (PPCNG);**
- **Provisão para Insuficiência de Contraprestação (PIC).**

A seguir, discorreremos sobre cada uma das provisões técnicas obrigatórias.



## 2.1. Provisão de Eventos a Liquidar (PEL)

De simples compreensão, porém, neste momento, de difícil mensuração, essa provisão não requer a realização de cálculos complexos para que seu montante seja apurado. **A PEL refere-se ao montante de eventos já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela operadora.**

De acordo com os normativos vigentes, basta levantar os compromissos não pagos e a provisão necessária será, justamente, este valor. Além disso, é obrigatória a vinculação do montante avisado e não pago com mais de 60 dias

## 2.2. Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA)

A PEONA refere-se à estimativa do montante de eventos, que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à operadora, exceto quanto aos eventos ocorridos no SUS.

Ao iniciar a operação de planos, a operadora deverá obedecer às seguintes regras de constituição dessa provisão. Tais parâmetros fixos foram calculados pela própria ANS com base na observação do comportamento médio dos processos de ocorrência e aviso de eventos no mercado.

Para as operadoras com menos de 100 mil beneficiários, a PEONA é **o maior dos valores abaixo:**

- i. 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações emitidas líquidas nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido, exceto aqueles referentes às contraprestações odontológicas; e



- ii. 10% (dez por cento) do total de eventos indenizáveis conhecidos na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses, exceto aqueles referentes às despesas odontológicas.

Conforme pode ser verificado, para esta provisão os valores também variam de acordo com o volume de receitas e despesas da futura operadora observados mensalmente.

### **2.3. Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados ocorridos no SUS – PEONA SUS**

A lógica desta provisão é, basicamente, a mesma da PEONA, porém, **nesta considera-se apenas o montante de eventos originados no Sistema Único de Saúde (SUS)**, que tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à operadora.

A PEONA SUS deverá ser constituída com base em metodologia atuarial consistente, utilizando base de dados da própria operadora, mas caso a operadora não possua metodologia atuarial que atenda aos requisitos necessários, deverá observar o seguinte critério:

- i. 115% (cento e quinze por cento) do total dos eventos avisados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema (SUS); e
- ii. Fator Individual de PEONA SUS multiplicado pelo total dos eventos avisados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos procedimentos realizados na rede assistencial do Sistema (SUS).

O Fator Individual de PEONA SUS de cada operadora será calculado, e assim como o montante de eventos avisados nos últimos 24 meses, será divulgado pela ANS, mensalmente.



Caso a operadora não tenha eventos realizados no SUS, não haverá necessidade de constituição dessa provisão.

## **2.4. Provisão para Remissão**

Referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações referentes à cobertura de assistência à saúde, esta é uma provisão técnica obrigatória apenas quando existente.

São consideradas cláusulas contratuais de remissão das contraprestações referentes à cobertura de assistência à saúde aquelas que preveem a manutenção de cobertura de assistência à saúde, com dispensa de pagamento da contraprestação, no caso de ocorrência de um fato futuro e incerto previsto contratualmente.

Caso a operadora opte por este tipo de cobertura, será necessário constituir integralmente, por metodologia atuarial, no mês de competência do fato gerador do benefício, devendo ser suficiente para refletir a despesa assistencial esperada dos beneficiários durante todo o prazo restante do benefício.

## **2.5. Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas (PPCNG)**

Esta provisão refere-se à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu.

Seu dever é apurar a parcela de prêmios/contraprestações não ganhas, relativa ao período de cobertura mensal do risco, sendo formada pelo valor resultante da fórmula abaixo, nos contratos em pré-pagamento, por meio de cálculos individuais dos contratos vigentes na data base de sua constituição:



# CTS

$$\text{PPCNG} = \text{Prêmio/Contraprestação Mensal} \times \frac{\text{Período de Risco a Decorrer}}{\text{Período Total de Cobertura do Risco}}$$

A PPCNG será calculada *pro rata die*, considerando para obtenção do período de vigência do risco a decorrer, a quantidade de dias compreendida entre o último dia do mês de cálculo e o último dia de cobertura mensal do risco.

A presente Provisão não é financeira, e sim, apenas contábil

## **2.6. Provisão para Insuficiência de Contraprestação/Prêmio (PIC), referente à insuficiência de contraprestação/prêmio para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer, quando constatada**

O objetivo desta provisão é **corrigir eventuais distorções na precificação dos produtos**, de forma tal que, será exigida somente das operadoras que estiverem com preços subestimados em relação aos custos assistenciais e despesas decorrentes da operação, razão pela qual reitera-se a precificação dos produtos a operadora deve observar rigorosamente os critérios técnico-atuariais, evitando-se assim, a necessidade de composição da PIC.

Em suma, o critério definido pela ANS para verificar a insuficiência de contraprestações baseia-se na análise de um Índice de Utilização Combinado.

$$\text{FIC} = \text{maior valores entre 0 (zero) e } \left( \frac{\text{EIL+DC+DA+Fcorresp}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{Fcorresp}} - 1 \right)$$

Onde:

- i. Contraprestações efetivas, são o montante de receitas com operações de assistência à saúde subtraído o montante de tributos diretos de operações com planos de assistência à saúde da operadora nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;



- ii. EIL: Eventos indenizáveis líquidos registrados contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
- iii. DC: Despesas de comercialização registradas contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês do cálculo;
- iv. DA: Despesas administrativas registradas contabilmente nos últimos 12 meses, incluindo o mês de cálculo;
- v. Fcorresp: Valor absoluto das contraprestações de corresponsabilidade cedida ou transferida registradas contabilmente nos últimos 12, incluindo o mês de cálculo.

Estimamos inicialmente que não haverá necessidade de constituição de PIC, ao menos, ao longo do primeiro ano de atividade.

### **3. Regras das entidades de Autogestão**

#### **3.1. Classificação das entidades de autogestão**

Conforme conceito já apresentado, a autogestão é uma modalidade de operadora de planos privados de assistência à saúde destinado a um grupo fechado de pessoas, que, obrigatoriamente, devam pertencer à mesma classe profissional ou terem vínculo com a empresa instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora.

A **Resolução Normativa RN 137/06**, dispõe sobre essas entidades no âmbito de saúde suplementar, classificando-as em 3 (três) tipos:

- a) Pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:
  - o sócios da pessoa jurídica;
  - o administradores e ex-administradores da entidade de autogestão;



- empregados e ex-empregados da entidade de autogestão;
  - aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão;
  - pensionistas dos beneficiários acima;
  - grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários acima.
- b) Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários:
- empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora;
  - empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora;
  - ex-empregados e ex-servidores públicos da entidade pública patrocinadora;
  - pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
  - sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão;
  - empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão;
  - empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;
  - aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora;
  - pensionistas dos beneficiários descritos; e



- grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos acima.
- c) Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários:
- empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão;
  - aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão;
  - pensionistas dos beneficiários descritos acima; e
  - grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos acima.

No caso da ANAFE, por se tratar de uma associação, se enquadrará na alínea 'c', supra.

### **3.2. Objeto Social e Ato Constitutivo**

A Autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto.

É permitido disponibilizar a sua rede de prestadores de serviços de saúde para contratação por entidades congêneres e realizar ações de promoção à saúde.



O ato constitutivo da ANAFE deverá conter o critério e a forma de participação dos beneficiários titulares que contribuam para o custeio do plano, bem como do mantenedor ou patrocinador, na composição dos seus órgãos colegiados de administração superior.

### **3.3. Formas de Garantias dos Riscos**

Os riscos decorrentes da operação de planos pela ANAFE deverão ser garantidos por meio da constituição das garantias financeiras próprias ou por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.

Define-se como mantenedor a pessoa jurídica de direito privado que garante tais riscos, mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão.

Caso a ANAFE queira obter autorização da ANS para o ingresso de mantenedor, deverá juntamente com os demais documentos que englobam o processo de registro e autorização de funcionamento, encaminhar o termo de garantia conforme [Anexo](#) da IN DIOPE 55.

### **3.4. Forma de operação**

A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta.

É facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, fora do município sede da operadora.



#### 4. Definição de custos mensais com assessoria, consultoria, sistema de gestão, contabilidade e auditoria independentes, além de taxas obrigatórias, relacionadas à operação;

##### a. Suporte especializado

Ao iniciar as atividades como Operadora, uma série de obrigações periódicas passará a ser devida. Para isso, algumas medidas deverão ser adotadas pela operadora. Seja via estruturação de setor interno ou mediante a contratação de empresa especializada na gestão das obrigações, fato é que controles devem ser implementados visando o adequado e tempestivo fornecimento das informações à ANS.

Em relação aos custos, é recomendável que a operadora avalie a opção pela contratação de empresa especializada na **gestão das obrigações**.

A empresa parceira da CTS tem um custo aproximado de **R\$ 1.500,00** mensal, até um faturamento de R\$ 1.000.000,00 mensal.

Todos os diversos conjuntos de sistemas de informações, tais como o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), Sistema de Informação de Produtos (SIP), Reajuste de Planos Coletivos (RPC), Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), Documento de Informações Periódicas (DIOPS), por exemplo, exigirão que a operadora possua um sistema de informação eficaz e completo, capaz de fornecer os dados pertinentes a cada obrigação.

Existem no mercado diversos fornecedores de **software** voltados às operadoras.

Embora a CTS não possua um parceiro comercial, podemos apontar algumas empresas de sistemas com experiência no mercado para que a operadora possa realizar as cotações. No entanto, a Operadora tem a prerrogativa de buscar outras opções no mercado que sejam mais acessíveis, de qualquer forma, recomendamos



que a empresa tenha conhecimento na área, pois existem obrigações específicas, que o seu não cumprimento enseja em penalidades.

Um dos aspectos de maior importância dentre as obrigações, refere-se à contabilidade. Antes mesmo de iniciar suas operações, já na elaboração do processo para solicitação de autorização de funcionamento é necessário o envio de documentos, tais como, o último balancete de verificação e o balanço de encerramento do último exercício, nos quais seja possível observar a adoção do Plano de Contas Padrão (PCP).

O PCP trata-se de um conjunto de critérios, estrutura de codificação das contas e modelos de demonstração contábeis previamente estabelecidos pela ANS, cujo objetivo é determinar e/ou orientar os registros contábeis dos atos e fatos das operadoras. Este é o principal instrumento de controle econômico-financeiro e patrimonial das operadoras.

Seu uso, de **caráter obrigatório**, conforme estabelece a **Resolução Normativa - RN nº 435/18**, facilita o fornecimento de informações gerenciais, permite a uniformização das demonstrações contábeis, propicia informações para acompanhamento e análise do desempenho da operadora, além de fazer o comparativo entre as empresas semelhantes.

A inobservância dessa exigência exporá a operadora ao risco de sofrer penalidades, que vão desde multas pecuniárias, até a rejeição do pedido de registro, se não observada desde o início, ou após obtenção da autorização de funcionamento, perda dessa concessão.

Para tanto, é altamente recomendável que a operadora possua um serviço contábil que realmente domine todos esses aspectos técnicos.



# CTS

A CTS possui um **parceiro contábil**, com custo aproximado de **R\$ 1.800,00** mensal, para um faturamento de até R\$ 1.000.000,00 mensal.

Ao término de cada exercício, mas não apenas, pois trimestralmente determinados relatórios também exigirão que a contabilidade da operadora passe por processo de auditoria, a ser realizada por Auditor Contábil Independente, devidamente registrado junto à Comissão de Valores Mobiliários (CVM).

A CTS possui um **parceiro comercial**, com custo aproximado de **R\$ 2.500,00** mensal.

Por fim, é necessário que a operadora conte com um Atuário. Além de obrigatório, por questões específicas tais como, a elaboração de **Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP)**, documento que fundamenta a precificação adotada pela operadora e da **Nota Técnica Atuarial de Provisão Técnica (NTAP)**, documento em que são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo de provisões técnicas, é fundamental contar com serviços atuariais que agreguem valor à operadora. A CTS possui profissionais especializados na regulamentação dos planos de saúde, fornecendo assim, além de serviços atuariais de excelência, **consultoria regulatória**. O custo aproximado da contratação destes serviços é de **R\$ 3.400,00** mensal.

## b. Taxas ANS

A Lei nº 9.961/00, que criou a ANS, instituiu também a chamada **Taxa de Saúde Suplementar**, cujo fato gerador é o exercício por aquela Agência, do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

Art. 20. A **Taxa de Saúde Suplementar** será devida:

I - **por plano de assistência à saúde**, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;



II - **por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária**, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

Duas são as razões pelas quais a taxa é devida: **por plano**, que leva em consideração a quantidade de beneficiários que a operadora possui, ou **por atos**, o que, em suma, engloba pedidos realizados pela Operadora à ANS, quer sejam, registro da operadora ou produto, ou pedidos de alterações de dados de produto ou da operadora e pedido de reajuste de contraprestação pecuniária.

Em relação à **taxa por plano**, o recolhimento pode ocorrer trimestralmente, e embora conste da Lei citada, o valor de R\$ 2,00 (dois reais), em 2015, a Portaria Interministerial nº 700/15, do Ministério da Fazenda e Ministério da Saúde atualizou monetariamente os valores da referida Taxa, passando a ser **R\$ 3,70 (três reais e setenta centavos)**.

Para apuração dos valores devidos, além do quantitativo de vidas é necessário levar em consideração o **tipo de plano** em que estes beneficiários estão, pois, sobre o valor base da taxa, incidem descontos conforme **segmentação assistencial** (cobertura) e **abrangência geográfica**, quais sejam:

**Tabela de descontos por abrangência geográfica do plano**

<b>Abrangência Geográfica</b>	<b>Desconto (%)</b>
Nacional	5
Grupo de Estados	10
Estadual	15
Grupo de Municípios	20
Municipal	25

**Tabela de descontos por cobertura médico-hospitalar-odontológica oferecida**

<b>Cobertura</b>	<b>Desconto (%)</b>
Ambulatorial (A)	20
A+Hospitalar (H)	6
A+H +Odontológico (O)	4
A+H+Obstetrícia (OB)	4
A+H+OB+O	2
A+O	14
H	16
H+O	14
H+OB	14
H+OB+O	12
O	32

Outra condição que permite a concessão de descontos, refere-se à quantidade de vidas. Operadoras que tenham número de usuários inferior a vinte mil, fazem jus a um desconto de 30% (trinta por cento) sobre o montante apurado.

Caso a operadora opte pelo pagamento anual, com recolhimento em **parcela única** no mês de março de cada ano, benefício que apenas operadoras com número de usuários inferior a vinte mil têm, faz jus a um desconto de 5% (cinco por cento) sobre o montante calculado.

Quanto aos **atos** que implicam recolhimento da taxa, demonstramos abaixo a tabela com os respectivos valores atualizados conforme Portaria Interministerial nº 700/15, do Ministério da Fazenda e Ministério da Saúde.

**Tabela de valores da taxa de saúde suplementar**

<b>Taxa de Saúde Suplementar</b>	<b>Valor (R\$)</b>
<b>Taxa por beneficiário</b>	
Por Plano de Assistência à Saúde	3,70

<b>Taxa por atos</b>	
Registro de Produto	1.848,37
Registro de Operadora	3.696,74
Alteração de Dados - Produto	924,19
Alteração de Dados - Operadora	1.848,37
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.848,37

Detalhe importante é que operadoras com até 20 mil beneficiários têm **desconto de 50% sobre os valores das taxas por atos.**

### 5. Estrutura mínima necessária

Nossa experiência demonstra que para início das atividades, uma operadora necessita, no mínimo, contar com a seguinte estrutura em relação à equipe:

<b>Área</b>	<b>Qtde. de Profissionais</b>	<b>Custo médio mensal estimado*</b>
Administrativa/Financeira	1	R\$3.600,00
Contas Médicas	1	R\$3.200,00
Cadastro	1	R\$3.200,00
ANS	1	R\$3.200,00
Comercial	1	R\$3.000,00
Contratualização de rede	1	R\$3.200,00
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>R\$19.400,00</b>

*\*incluindo encargos trabalhistas*

Por óbvio, à medida em que a operação avolumar, a necessidade de ajustes surgirá em relação ao quantitativo, no entanto, esta é a estrutura mínima em nossa opinião.

A operadora deverá designar ainda, um Responsável Técnico pela Área de Saúde, com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e/ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), conforme o caso. Esse(s) profissional(ais) será(o) responsável(eis) pelo fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários.



Ademais, conforme já citado anteriormente, atividades como, por exemplo, afetas à área denominada ANS, podem alternativamente à contratação de pessoal próprio, ser atribuição do suporte especializado contratado pela operadora.

## **6. Registro e autorização de funcionamento junto à ANS**

De acordo com a RN 85/04 e posteriores atualizações, O processo de obtenção de Registro junto à ANS será feito exclusivamente por meio do portal de serviços do Governo Federal, pelo link: <https://sso.aceso.gov.br/login>, pelo qual será necessário apresentar os seguintes documentos/informações:

- a. Dados Cadastrais da Pessoa Jurídica;
- b. Dados Cadastrais do Representante Legal;
- c. Modalidade e Segmentação pretendidas;
- d. Dados do Responsável pela Área Técnica de Saúde;
- e. Dados do Contador;
- f. Dados dos Administradores;
- g. Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do Anexo à RN nº 311, de 1 de novembro de 2012, por meio da qual o(s) seu(s) administrador(es) declara(m) que não se enquadra(m) em nenhuma das restrições elencadas pela ANS para o exercício do cargo;
- h. Cópia da Guia de Recolhimento da União – GRU, referente ao recolhimento da Taxa de Registro de Operadora – TRO, no valor de **R\$ 3.696,74**;
- i. Cópia do comprovante de inscrição e de situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da pessoa jurídica e cópia do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF dos membros da Diretoria e dos Conselhos de Administração, Fiscal e afins;



- j. Cópia autenticada dos atos constitutivos consolidados da pessoa jurídica, registrados no órgão competente;
- k. Cópia da ata de Assembleia Geral Ordinária e/ou Extraordinária e/ou de Reunião do Conselho de Administração, devidamente registrada em órgão competente, que elegeu os administradores, cujos mandatos estejam em curso, quando for o caso;
- l. Balanço Patrimonial, demonstração de resultado do último exercício e último balancete de verificação, todos devidamente rubricados em todas as folhas e assinados pelo presidente da empresa e pelo contador;
- m. Comprovação de regularidade quanto à exigência de Capital Base - CB, conforme disposto na regulamentação normativa vigente, bem como de ativos garantidores, constituição de provisões técnicas e margem de solvência, quando for o caso;
- n. Cópia do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso;
- o. Cópia do registro nos Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia - CRO do responsável pela área técnica de saúde;
- p. Documento indicando formalmente o endereço de correspondência da Pessoa Jurídica. Considera-se endereço de correspondência aquele fornecido pela Pessoa Jurídica para fins cadastrais e de intimações por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via;
- q. Adequação do objetivo social da operadora ao disposto no art. 34 da Lei n.º 9.656/98 c/c art. 9º da RN n.º 100/05.

## 7. Dados do setor

De acordo com dados divulgados pela ANS, há 155 operadoras de autogestão no mercado de saúde suplementar, cuja sede está localizada nas seguintes unidades federativas, o que equivale a 15% do total de operadoras:

**Autogestões com registro ativo na ANS**

<b>UF Sede</b>	<b>Qtde</b>
Alagoas	1
Amazonas	2
Bahia	5
Ceará	3
Distrito Federal	14
Espírito Santo	6
Goiás	5
Mato Grosso do Sul	3
Minas Gerais	19
Pará	3
Paraíba	2
Paraná	9
Pernambuco	5
Rio de Janeiro	21
Rio Grande do Norte	1
Rio Grande do Sul	10
Rondônia	1
Roraima	1
Santa Catarina	6
São Paulo	34
Sergipe	4
<b>Total</b>	<b>155</b>

Fonte: CADOP/ANS/MS - 04/2021 e SIB/ANS/MS - 04/2021

Essas operadoras são responsáveis pelo atendimento de 2,17% do total de beneficiários, o que corresponde a 4.215.589 beneficiários, na posição de março/21.

No que se refere a precificação de planos de saúde, dados divulgados pela ANS para essa modalidade de operadora, apresentam os seguintes valores médios por faixas etárias:



Segmentação	Faixa etária	Qt Notas	VC Médio	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão	vs Amb + Hosp
Amb + Hosp	00 a 18 anos	498	\$250	\$37	\$204	\$819	\$138	
	19 a 23 anos	498	\$298	\$51	\$245	\$979	\$165	
	24 a 28 anos	498	\$348	\$63	\$281	\$1.189	\$196	
	29 a 33 anos	498	\$402	\$63	\$324	\$1.447	\$228	
	34 a 38 anos	498	\$453	\$69	\$373	\$1.605	\$254	
	39 a 43 anos	498	\$516	\$74	\$431	\$1.613	\$283	
	44 a 48 anos	498	\$630	\$80	\$526	\$1.908	\$349	
	49 a 53 anos	498	\$762	\$87	\$641	\$2.322	\$409	
	54 a 58 anos	498	\$956	\$87	\$811	\$3.111	\$510	
	59 anos +	498	\$1.354	\$88	\$1.095	\$4.410	\$811	

Fonte: Painel de Precificação (Edição dezembro/2020)

## 8. Considerações Finais

Em resumo, o processo de início de comercialização de planos de saúde, precisa passar pelas seguintes etapas:



O processo inicial de abertura da empresa e registro no CRM e/ou CRO, conforme o caso, é a etapa mais demorada, e necessitará do apoio da contabilidade e jurídico da operadora pretendida.

Já a etapa de registro junto à ANS até a Autorização de Funcionamento, se não houver necessidade de complementação e/ou alterações dos dados, leva um tempo médio de 60 (sessenta) dias.

A operadora somente poderá iniciar a comercialização de seus produtos (plano de saúde) após a obtenção da Autorização de Funcionamento, porém, já com o registro ANS nascem obrigações periódicas junto ao órgão regulador, ou seja, a empresa já deve estar preparada para o cumprimento dos prazos normativos, de maneira que,



# CTS

tenha um sistema capaz de lhe dar suporte para geração e envio de arquivos indicados na página 16 deste documento.

Por fim, salientamos que, as informações prestadas no presente trabalho se baseiam na confiabilidade dos dados compartilhados pela empresa pretendida, de modo que, quaisquer variações poderão implicar significativamente nos resultados ora apresentados.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se façam necessários.  
Cordialmente.

**CTS | Excelência em Serviços Atuariais**



## ANEXO – Quadro Síntese

Obrigações		Valores	Observações
PATRIMÔNIO	PMA	-	Varia de acordo com a região de comercialização (vide tabela da pág. 7)
	MS	-	Após 1 ano de operação, varia de acordo com o volume de receitas e despesas
PROVISÕES	PEONA	-	Varia de acordo com o volume de receitas e despesas
	PEL	-	Igual ao saldo de eventos ainda não pagos
	PEONA SUS	-	Condicional. Somente se houver atendimento no SUS
	PIC	-	Estima-se que seja zero
	PPCNG	-	Não é financeiro. Apenas contábil
	REMISSÃO	-	Condicional. Somente se houver cláusula de remissão no regulamento do plano
TAXAS	Total de beneficiários	<b>R\$ 3,70</b>	Valor máximo por beneficiário/ano
	Registro operadora	<b>R\$ 3.696,74</b>	Taxa única
	Registro produto	<b>R\$ 924,19</b>	Valor unitário até 20 mil vidas.
SUPORTE	Gestão de Obrigações	<b>R\$ 1.500,00</b>	Valores mensais
	Auditoria	<b>R\$ 2.500,00</b>	
	Consultoria de Legislação e Serviços Atuariais	<b>R\$ 3.400,00</b>	
	Contabilidade	<b>R\$ 1.800,00</b>	
	Sistema	<b>A negociar</b>	
ESTRUTURA ADMINISTRATIVA	Administrativa Financeira	<b>R\$3.600,00</b>	Valores médios de remuneração, considerando os encargos trabalhistas.
	Contas Médicas	<b>R\$3.200,00</b>	
	Cadastro	<b>R\$3.200,00</b>	
	ANS	<b>R\$3.200,00</b>	
	Comercial	<b>R\$3.000,00</b>	
	Contratualização de rede	<b>R\$3.200,00</b>	
	Responsável Técnico pela Área de Saúde	<b>A negociar</b>	

\*Estrutura mínima

