

PRES 276/2023

São Paulo, 6 de outubro de 2023.

À
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Av. Augusto Severo, 84 - 8º andar - Glória - RJ
A/c: Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE

Ref.: Resposta ao ofício-circular nº 2/2023/GEHAR/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE

Prezados Senhores,

A **Unimed do Brasil Confederação Nacional das Cooperativas Médicas**, representante institucional do Sistema Unimed em âmbito nacional e registrada na ANS sob o número 300870, por seu representante legal que subscreve ao final, vem, formalmente apresentar argumentos sobre a Consulta Pública (CP) nº 116 que trata da proposta de alteração da Resolução Normativa (RN) nº 527/22.

Considerando que a Unimed do Brasil realizou duas manifestações por ofício (PRES 116/2023 e 229/2023) antes da formulação da CP sem qualquer resposta desta agência aos apontamentos de procedimentos de governança, custos, qualidade das informações e eventuais impactos econômico-financeiros;

Considerando a nota técnica 703/2023/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE que trata de exposição de motivos para proposta de alteração normativa para redução de prazos e aumento de frequência de envio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Plano de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS;

Considerando que a CP 116 não oportuniza apresentação de argumentos senão da proposta da Resolução Normativa, dentre estes, a dispensa de Análise de Impactos Regulatórios que serão adiante tratados, vem a presença de V. Sas. expor o que segue:

1- Operações de Corresponsabilidade para atendimento de Beneficiários - Operações de Compartilhamento da Gestão de Riscos envolvendo Operadoras de Plano de Saúde (OPS).

O Sistema Unimed possui a maior operação de Corresponsabilidade para atendimento de beneficiários, conhecido como operações de intercâmbio. Desde 2017 a ANS regulamentou por meio da Resolução Normativa nº 430 (revogada) e atual Resolução Normativa nº 517/22 os lançamentos contábeis entre as operadoras que possuem acordo de atendimento a clientes na rede assistencial de outra operadora por meio de rede indireta (não detentora do contrato com o beneficiário).



Essa normatização tem como premissa a adequada classificação em habitualidade e eventualidade do atendimento assistencial, visando garantir o respectivo registro contábil das operações e seus provisionamentos com adequação de ativos garantidores.

Dados do monitoramento no autorizador de intercâmbio no Sistema Unimed constantes na TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), demonstram que, no ano de 2022, as operações de corresponsabilidade em atendimentos com a OPS na condição B, tráfegaram em cobranças mais de R\$ 20 bilhões. Para esse volume de atendimentos assistenciais, o Sistema Unimed gerou mais de 2 milhões/ano de faturas entre si (*figura 1*). Com uma operação complexa e ilustrada no item 6 do capítulo IV do Manual Contábil anexo ao Plano de Contas Padrão ANS - RN nº 528/22, sintetizou-se o volume dessas cobranças em três decêndios:

CONSOLIDADO DO ANO DE 2022

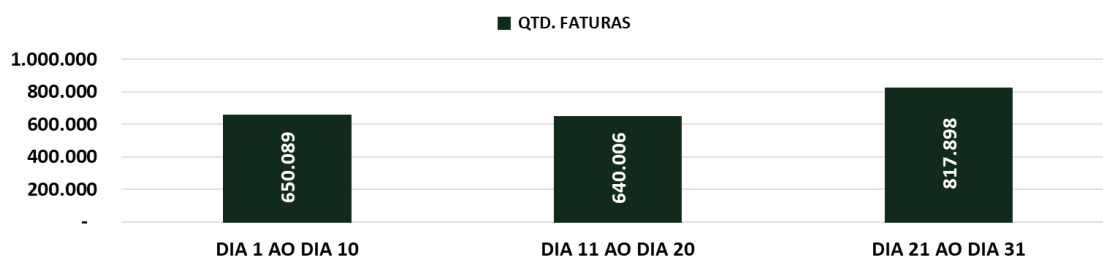


Figura 1: 2.107.993 de faturas

Conforme se verifica na figura acima, 38,8% do fluxo de faturas avisadas entre as OPS para operações de corresponsabilidade de atendimentos se concentram no 3º decêndio (entre os dias 21 e 31).

Para a contabilização das faturas e geração de dados para registros auxiliares, um grande esforço tecnológico é realizado para lançamento de 74 milhões/ano de guias de atendimentos (consultas, exames, terapias, internações, atendimentos ambulatoriais e demais despesas):

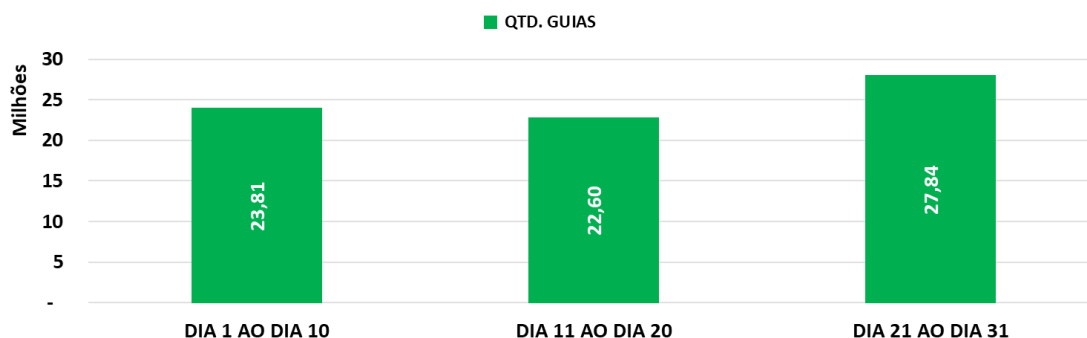


Figura 2: 74 milhões/ano de guias



Dados identificam que os ciclos operacionais demonstram que a dinâmica na OPS “B” tem a maior parte das guias sendo cobradas e avisadas às outras OPS com 37,5% no 3º decêndio (figura 2) e também evidenciam um comportamento dos beneficiários na utilização da rede assistencial de outra OPS.

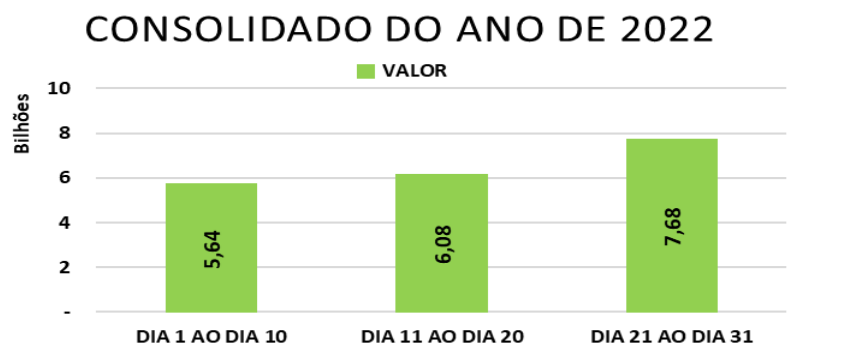


Figura 3: R\$ 19,4 bilhões

A materialização de cobranças em R\$ 7,68 bilhões/ano no 3º decêndio (figura 3) demonstram o volume de diligências e registros necessários para contabilizar a operação no final da competência de referência e, vários sistemas operacionais utilizados pelas nossas OPS, realizam esforços que ultrapassam sua capacidade na data limite da competência, necessitando de dias adicionais para realizarem a contabilização retroativa para adequar os lançamentos na competência contábil correta.

Diante disto, caso seja confirmada a alteração proposta por essa Agência em reduzir os prazos do balancete mensal de 30 para 20 dias, estar-se-á diante da perda de 33% do prazo atual, o que poderá ensejar em mecanismos já citados em correspondências anteriores desta Confederação, por exemplo, a utilização de “datas de corte” para que seja possível realizar a adequação pretendida pelo regulador. Foi identificado o mesmo impacto no DIOPS trimestral, se reduzido o prazo de envio de 45 para 30 dias para os 1º, 2º e 3º trimestres do ano, haja vista a redução de 33% do prazo de sua confecção com Procedimentos Previamente Acordados - PPA.

Nos estudos elaborados por essa Confederação, indicam que a perda de 33% de prazo pelas OPS, somente em operações de compartilhamento pela gestão de riscos - intercâmbio, poderão ser impactadas em pelo menos R\$ 2,53 bilhões/ano na falta de reconhecimento contábil destas operações (R\$ 7,68 bilhões menos 33%), o que ensejará significativos aumentos de PEONA, PESL, Ativos Garantidores e principalmente impactos nos cálculos de reajustes de contratos individuais e familiares das OPS “A”.

É cristalino o choque regulatório que a medida proposta vai causar com sua implementação, visto que a fundamentação apresentada pela agência no sentido de que “a proposta visa preservar a liquidez, solvência e a higidez dos entes regulados¹” demonstra claro equívoco em não atender o disposto no art. 7º do Decreto nº 10.411/20 ao analisar riscos, benefícios e custos de alteração normativa.

¹ página 9 da nota técnica 703/2023/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE. Consulta Pública nº 116. Rede Mundial de Computadores: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consulta-publica-no-116>



É de se destacar que, além dos impactos econômico-financeiros que tal implementação ocasionará, os beneficiários atendidos por corresponsabilidade entre operadoras poderão sentir os reflexos nas dinâmicas das redes assistenciais compartilhadas, trazendo sérios prejuízos por indisponibilidade de rede assistencial, no caso de adesão a métodos não indicados como “datas de corte”.

A “data de corte” seria uma medida não recomendada, mas poderá ser adotada pelas OPS pressionadas a executar um registro contábil com menor tempo e sem condições operacionais e tecnológicas para sua execução, o que implicaria na redução do ciclo de fechamento contábil de 30 para 20 dias e, com isso, 10 dias correntes seriam transferidos ao mês subsequente e assim por diante em ciclo não virtuoso, com sérios impactos econômicos e financeiros anteriormente citados.

Não seria minimamente viável a OPS “B” realizar o atendimento assistencial em determinado dia do mês sem a possibilidade de cobrar seu reembolso por recuperação em tempo hábil na própria competência contábil, evitando desajustes contábeis por falta de capacidade operacional e tecnológica para o registro adequado. É importante relatar que qualquer diminuição de prazo resultará em elevados investimentos em tecnologia, infraestrutura e equipe operacional, sem necessariamente refletir em redução de prazos requisitados.

Como se demonstra neste capítulo, a seleção de impacto concentra dados de corresponsabilidade de atendimentos em rede indireta (intercâmbio). Assim, não se limita esta análise aos outros atendimentos e registros decorrentes de atendimentos diretos de beneficiários na rede própria, cujo dados a ANS poderá verificar impactos nos volumes nas informações do SIP e TISS a disposição do monitoramento pela agência.

2- Dados da ANAHP

Conforme citado na página 2 da referida nota técnica da CP 116, tem-se que:

“cabe destacar que o ciclo financeiro do setor possui comportamento no qual prestadores de serviços médicos em geral recebem em aproximadamente 30 a 40 dias após o conhecimento da conta pelas operadoras, segundo dados do DIOPS; hospitais, por sua vez, conforme números da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP, recebem em aproximadamente 70 dias. Dessa forma, por exemplo, contas pagas até abril podem corresponder a eventos médicos relativos aos meses de janeiro a março deste ano. Se considerarmos que há também lapso temporal entre a ocorrência do evento médico e o envio da conta pelos próprios hospitais, as contas pagas podem ser referentes a meses ainda mais pretéritos.”

A ANS fundamentou a proposta de mudanças de prazos normativos em anuário de associação não regulada e, neste sentido, entende-se que por mais privilegiada que possa ser a referida entidade, a mesma não se reveste de prerrogativas para fundamentar a proposta da Agência.



Dados de liquidação de eventos assistenciais de rede credenciada/contratada das OPS são assegurados por rigoroso processo de auditoria emitidos com Procedimentos Previamente Acordados (PPA), devidamente informados nos quadros auxiliares das operadoras e possuem a adequada informação do segmento com lastro e vínculo de ativos garantidores.

Entende-se que o órgão regulador tomou equivocadamente como base um anuário de 2020 com dados de data-base até 2019, ou seja, inclusive antes do período de pandemia da COVID 19. Desconhece-se qual página a ANS cita que os hospitais recebam, por exemplo, com aproximadamente 70 dias, entretanto, avaliando o referido informe, destaca-se a página 140:



Figura 4: Prazo médio de recebimento dos hospitais - Anuário 2020 ANAHP - rede mundial de computadores: <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2020> - consulta em 27/09/2023

“O prazo para recebimento de recursos das operadoras de planos de saúde e o índice de glosas (recusa de pagamento por parte dessas operadoras) apresentaram discreta redução em 2019” Comentários na página 143 do anuário ANAPH.

Além do dado defasado do anuário citado pela ANS com informações de 4 anos atrás, em período antes de pandemia da COVID 19, percebe-se que houve redução de 3 dias comparando o ano de 2018 (70 dias) para 2019 (66,95 dias) o que torna a avaliação adotada pela da agência imprecisa.

Por dados livres de assegurar de auditoria independente da informação prestada e com elementos totalmente defasados, entendemos inexata a justificativa da ANS para mudanças de normas contábeis com base em anuário de entidades não reguladas.

3- Não realização de Análise de Impacto Regulatório (AIR)



Mudanças normativas são importantes instrumentos para evolução do marco regulatório, e devem ser acompanhadas de estudos que possam mensurar impactos propostos aos regulados, regulador e beneficiários de planos de saúde.

Para que uma mudança normativa que vise reduzir 33% (trinta e três por cento) do prazo de operações mensais de contabilização nas operadoras, além da mesma redução do envio de informações trimestrais por meio de DIOPS e asseguradas com PPA, são elementos basilares que se instala grande impacto regulatório.

Conforme citado no item 1 deste ofício, o Sistema Unimed possui o maior processo de compartilhamento de gestão de riscos no atendimento de beneficiários por corresponsabilidade assumida (RN nº 517). Ao longo de 2022 foram pelo menos R\$ 20 bilhões em atendimentos assistenciais dessa modalidade, em mais de 74 mil guias de atendimentos assistenciais.

Mas não somente este elemento se faz presente no impacto normativo que as operadoras serão afetadas por entrada em vigor de novo normativo. A perda de 33% no prazo do encerramento das operações contábeis, exigirá maiores gastos com sistemas operacionais e softwares, significativos aumentos de infraestrutura para proporcionar elevada capacidade de tratamento de dados, ampliação com contratação de técnicos nas áreas de *BackOffice*, custos administrativos com espaço físico e localização para novos contratados. As operadoras também serão diretamente impactadas por custos com Auditoria Independente aumentados em pelo menos 22,96% das cooperativas do Sistema Unimed, conforme pesquisa com nossas associadas.

Confira-se na página 9 da já mencionada NT a justificativa da ANS não realizar a Análise de Impacto Regulatório (AIR):

“As operadoras tiveram até o dia 31/7/2023 para informar através de formulário no protocolo eletrônico da ANS sobre os custos com auditor envolvidos no processo, sendo ressaltado que o não envio das informações requisitadas seria interpretado como manifestação tácita das operadoras no sentido que o cenário projetado não implicará aumento significativo de custos, resultando em medida de baixo impacto regulatório.

Encerrado o prazo para resposta, verificou-se que 572 operadoras responderam ao formulário eletrônico, além de outras contribuições recebidas pelo DIOPE Responde e peticionamento regular via protocolo eletrônico.

Dos dados apresentados pelas operadoras, verificou-se que:

- 43 informaram não haver aumento de custos;
- Das 529 operadoras que informaram haver aumento de custos, 3 não informaram de quanto seria esse aumento seja em valor absoluto ou em percentual sobre o custo atual.
- Das 526 operadoras restantes, foram então excluídos os outliers e operadoras novas (ou seja, que ainda não tiveram custos efetivos com o envio de DIOPS e, portanto, tem despesas administrativas apuradas extremamente baixas) de forma a não enviesar o resultado.



- Os dados remanescentes foram por então cruzados com as Despesas Administrativas - Grupo 46 do Plano de Contas Padrão da ANS que representa os gastos informados pelas operadoras em 2022 com despesas de administração, pessoal próprio, localização, serviços terceirizados como auditoria e consultorias, etc.

Do cruzamento feito, verificou-se que o aumento médio em relação às despesas administrativas informadas pelas operadoras no ano passado seria de aproximadamente 0,6%, ou seja, mesmo entendendo que a medida teria algum impacto financeiro para o setor, esse impacto seria muito pequeno.”

Elementos demonstram que a ANS não elaborou a AIR com fatores dos quais, *data vênia*, se discorda:

- a) Não citou a base total e grupo de operadoras na pesquisa.
- b) Realizou solicitação de preenchimento da pesquisa para os grupos que não serão impactados por alteração normativa (Administradoras de Benefícios e OPS não enquadradas no em S1 e S2 da RN nº 475/21).
- c) Excluiu sem citar qual condição enviou a pesquisa para grupos que não deveriam participar da pesquisa.
- d) Não informou qual volume de operadoras que realmente serão impactadas por mudanças normativas e que são foco da pesquisa.
- e) Não obrigou a responder a pesquisa o grupo que será impactado pela proposta de alteração normativa.
- f) Comparou, indevidamente 0,6% de aumento de Despesas Administrativas (DA) contrariando o objeto da pesquisa que tratou de Honorários de Auditoria Independente, sem informar qual o impacto total nas contas que envolvem serviços de terceiros de auditoria.
- g) Não informou se 0,6% representa todas OPS ou apenas o grupo respondente que será atingido pela proposta do ato normativo.

Diante da falta de dados que consubstanciam um procedimento de alteração normativa, apenas para justificar a não realização do AIR baseado em pesquisa limitada por parte da ANS, não atinge o propósito de assegurar qualquer indicativo de baixo impacto, senão vejamos adiante.

Ao verificarmos informações do Programa de Dados Abertos (PDA)² da ANS ano base 2022, relatam que no grupo 46 - Despesas Administrativas (DA) foram registrados na ordem de R\$ 25.930.435.595,57. Para que possamos estabelecer o cálculo da agência, 0,6% de DA corresponde a R\$ 155.582.613,57 (h).

Os valores registrados em Despesa com Honorários de Auditoria durante 2022 são de R\$ 181.930.857,41 (i). Visto que os valores apurados de 0,6% representam 85,5% de aumento de custos com Honorários de Auditoria (h/i).

² Fonte: Rede Mundial de Computadores em 04/10/2023: https://dadosabertos.ans.gov.br/FTP/PDA/demonstracoes_contabeis/2022/



Observando o Decreto nº 10.411/20, tem-se a seguinte definição de análise de baixo impacto:

Art. 2º Para fins do disposto neste Decreto, considera-se:

I - análise de impacto regulatório - AIR - procedimento, a partir da definição de problema regulatório, de avaliação prévia à edição dos atos normativos de que trata este Decreto, que conterá informações e dados sobre os seus prováveis efeitos, para verificar a razoabilidade do impacto e subsidiar a tomada de decisão;

II - ato normativo de baixo impacto - aquele que:

a) não provoque aumento expressivo de custos para os agentes econômicos ou para os usuários dos serviços prestados;

Se evidencia que os regulados serão afetados em pelo menos 85,5% nos custos com auditoria independente. Apenas por esse impacto justificaria a realização da AIR pela ANS, mas ainda existem outros custos que as OPS serão afetadas e citadas anteriormente, tais como sistemas, infraestrutura tecnológica dentre outros não avaliados/dimensionados na pesquisa, por redução de prazos para satisfazer o pleito fiscalizatório pretendido pela agência reguladora, sem efetivamente representar melhoria no prazo de envio de dados pelo regulado.

Em seguida, a agência justifica na nota técnica que “*Por consumir tempo e envolver custos em contextos de proposições normativas de baixo impacto para o regulado e de alta relevância para a sociedade, como é o caso da preservação da liquidez, da solvência e da hígidez, a AIR poderá ser considerada inaplicável ou, ainda, dispensada. Tais hipóteses foram expressamente previstas no art. 4º do Decreto nº 10.411, de 2020*”, que assim estabelece:

Art. 4º A AIR poderá ser dispensada, desde que haja decisão fundamentada do órgão ou da entidade competente, nas hipóteses de:

I - urgência;

II - ato normativo destinado a disciplinar direitos ou obrigações definidos em norma hierarquicamente superior que não permita, técnica ou juridicamente, diferentes alternativas regulatórias;

III - ato normativo considerado de baixo impacto;

IV - ato normativo que vise à atualização ou à revogação de normas consideradas obsoletas, sem alteração de mérito;

V - ato normativo que vise a preservar liquidez, solvência ou hígidez:

a) dos mercados de seguro, de resseguro, de capitalização e de previdência complementar;

b) dos mercados financeiros, de capitais e de câmbio; ou

c) dos sistemas de pagamentos;

Como se verificou anteriormente, o propósito da pesquisa não foi atingido ao cerne da mudança regulatória imposta, pois logo identifica-se que uma medida que vise diminuir 33% dos prazos de entrega de obrigações pelas OPS, ensejando elevação de custos de auditoria independente em 85% além de outros custos diretos não levantados pela regulação, já bastaria a classificação de ato normativo de impacto regulatório.



Reforça-se que o entendimento ao elencar que as OPS não se submetem a medidas de ato normativo de dispensa de AIR por não contemplarem em nenhuma das previsões do referido decreto não as classificando em: *a) dos mercados de seguro, de resseguro, de capitalização e de previdência complementar; b) dos mercados financeiros, de capitais e de câmbio; ou c) dos sistemas de pagamentos.* Vejam que não existem dispensas para item V do mercado de saúde suplementar, em especial as Operadoras de Planos de Saúde!

A AIR deve conter análises com metodologias que satisfaçam a pretensão regulatória avaliando o regulado (OPS) na capacidade de geração de benefícios que possam mitigar riscos que justifiquem custos, assim previsto no art. 7º do Decreto 10.411/20:

Art. 7º Na elaboração da AIR, será adotada uma das seguintes metodologias específicas para aferição da razoabilidade do impacto econômico, de que trata o art. 5º da Lei nº 13.874, de 2019:

I - análise multicritério;

II - análise de custo-benefício;

III - análise de custo-efetividade;

IV - análise de custo;

V - análise de risco; ou

VI - análise risco-risco.

§ 1º A escolha da metodologia específica de que trata o caput deverá ser justificada e apresentar o comparativo entre as alternativas sugeridas.

§ 2º O órgão ou a entidade competente poderá escolher outra metodologia além daquelas mencionadas no caput, desde que justifique tratar-se da metodologia mais adequada para a resolução do caso concreto.

Art. 8º O relatório de AIR poderá ser objeto de participação social específica realizada antes da decisão sobre a melhor alternativa para enfrentar o problema regulatório identificado e antes da elaboração de eventual minuta de ato normativo a ser editado.

Os pilares básicos de análise de impacto regulatório foram subtraídos da pretensão regulatória, considerando que a ANS ultrapassou nos seus limites de agente regulador e inferiu gravidade ao equilíbrio econômico-financeiro das OPS ao impor, sem critérios rigorosamente definidos em decreto, que possam justificar sua pretensão regulatória de riscos, benefícios e custos. Assim, por consequência desta imposição, a redução de prazo em 33% trará transferências de repasses destes custos aos clientes beneficiários de planos de saúde privado, além de limitar o acesso dos beneficiários atendidos em rede indireta (mais de 74 milhões de procedimentos/guias em 2022).

4- Norma do IBRACON

Conforme verifica-se no item 4 da página 2 da nota técnica da CP 116, a ANS buscou fundamentar a mudança normativa citando a NPC 27 do IBRACON:

"o objetivo das demonstrações contábeis de uso geral é fornecer informações sobre a posição patrimonial e financeira, o resultado e o fluxo financeiro de uma entidade, que são úteis para uma ampla variedade de usuários na tomada de decisões. As demonstrações contábeis também mostram os resultados do gerenciamento, pela administração, dos recursos que lhe são confiados."

Percebe-se que o órgão regulador possa estar preocupado com a posição patrimonial e financeira da entidade regulada, entretanto o objetivo principal da NPC 27 é:

"Objetivo

1 O objetivo desta Norma e Procedimento de Contabilidade - NPC é determinar a base de apresentação de demonstrações contábeis de uso geral, a fim de assegurar comparação tanto com as próprias demonstrações contábeis de períodos anteriores quanto com as demonstrações contábeis de outras entidades. Para atingir esse objetivo, esta NPC dispõe sobre considerações gerais para a apresentação de demonstrações contábeis, diretrizes para sua estrutura e requisitos mínimos de seu conteúdo. O reconhecimento, a mensuração e a divulgação de transações e eventos específicos são tratados em outras NPCs."

O objetivo da referida norma do IBRACON não é fundamentar, em nenhuma hipótese, o pleito de redução de prazos de qualquer ente regulador, e sim elementos mínimos de comparação, explicação (notas explicativas), materialidade, estrutura e conceitos contábil-financeiros das demonstrações.

Adiante a própria norma informa:

"Alcance

2 Esta NPC deve ser utilizada na elaboração de todas as demonstrações contábeis de uso geral e apresentadas de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil. Se as demonstrações contábeis forem preparadas para uma finalidade específica, esse fato deverá ser claramente divulgado em nota explicativa.

Demonstrações contábeis de uso geral são aquelas destinadas a atender às necessidades dos usuários que não estejam em condições de exigir relatórios adaptados para atender às suas necessidades específicas de informação. Demonstrações contábeis de uso geral incluem aquelas que são apresentadas separadamente ou dentro de um outro documento público, como um relatório anual ou um prospecto. Aplica-se igualmente às demonstrações contábeis individuais de uma entidade componente de um grupo ou consolidadas. Esta NPC não se aplica a informações contábeis intermediárias ou condensadas.

Esta NPC aplica-se a todos os tipos de entidades, inclusive a bancos e seguradoras. Exigências adicionais para instituições financeiras, seguradoras e outras atividades regulamentadas são, ou podem ser estabelecidas por órgãos reguladores ou por outros pronunciamentos específicos." (g. n.)³



Verifica-se que a convalidação de normas contábeis são atos regularmente publicados em ato normativo próprio do segmento de saúde suplementar, neste caso em vigor a Resolução Normativa nº 528/2022, assim está previsto no capítulo I das Normas Gerais do Plano de Contas Padrão, de modo a permitir que as entidades supervisionadas sigam estritamente a previsão legal emitida. Não identificamos qualquer convalidação da ANS, conforme previsto no item 2 da própria NPC 27³ (em grifo). Confira-se o destaque do Plano de Contas Padrão ANS:

4.2 A escrituração das operações do mercado de saúde deve obedecer, no que não contrariem os dispositivos dessa Resolução, às Normas Brasileiras de Contabilidade - NBC TG Estrutura Conceitual, do Conselho Federal de Contabilidade - CFC, a Lei 6.404/76 - Lei das Sociedades Anônimas e deve seguir as orientações consubstanciadas nos pronunciamentos do Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC no momento em que esta RN foi publicada, exceto o CPC 11/CPC 50 - Contratos de Seguro, o CPC 29-Ativo Biológico e Produto Agrícola, o CPC 34 - Exploração e Avaliação de Recursos Minerais, o CPC 35 - Demonstrações Separadas, o CPC 44 - Demonstrações Combinadas, o CPC 49 - Contabilização e Relatório Contábil de Planos de Benefícios de Aposentadoria e o CPC PME - Contabilidade para Pequenas e Médias Empresas.

4.2.1 A aplicação das orientações consubstanciadas nos pronunciamentos do Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC, conforme versões indicadas e as ressalvas e condições dispostas no

item 10 e seus subitens, referem-se aos respectivos pronunciamentos vigentes na data de publicação da presente norma, representando o entendimento da ANS sobre as questões contábeis nele tratadas. Alterações ou revogações de pronunciamentos do CPC adotados pela ANS no momento em que esta RN foi publicada não são aplicáveis ao setor de saúde suplementar até que RN disponha sobre sua adoção, parcial ou total, no setor de saúde suplementar.

4.3 A contabilização será centralizada na sede da operadora com observância das disposições previstas em Leis, Regulamentos, Resoluções e Circulares do CONSU e da ANS.

A ANS deve submeter a aprovação e normatização de elementos que subsidiem a informação contábil baseada em convalidação das Normas Internacionais emitidos por entidades certificadas para esta finalidade. Neste sentido, desconhecemos qualquer convênio emitido e normatizado pela ANS no Plano de Contas Padrão com o IBRACON relativo a NPC 27, que possam subsidiar a justificativa do órgão regulador na imposição de redução de prazos, ou seja, a norma citada nem prevê redução de prazo e perda de qualidade da informação, tampouco se reveste de requisitos de entidade conveniada pela ANS que possa assegurar mudança do pleito proposto.

5- Formalização de entidade representativa sobre o impacto de redução dos prazos nos trabalhos de auditoria

Para que as OPS possam atuar regularmente no segmento de saúde suplementar, devem, além de outras obrigações, submeter obrigatoriamente suas Demonstrações Financeiras aos trabalhos de auditoria independente, conforme preconiza o item 4.7 do Capítulo I - Normas Gerais do Plano de Contas Padrão ANS:



“4.7 Os trabalhos de Auditoria Independente devem ser conduzidos de acordo com as normas de auditoria - NBC TA, do Conselho Federal de Contabilidade - CFC.

4.7.1 As operadoras são responsáveis pelas informações e documentos que, obrigatoriamente devem ser submetidos à Auditoria Independente como preconiza o art. 22 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.”

Considerando que os auditores são profissionais que atuam de forma autônoma e não possuem qualquer vinculação com a gestão e governança das OPS, assegurando assim um ambiente livre para expressar opinião sobre a posição patrimonial e financeira da entidade auditada, é importante destacar que estes técnicos possuem um plano de trabalho anual, com adequação de horas proporcionais a capacidade de jornada de atuação, dentro de limitações e análises de riscos que diversos ambientes que a informação pretendida requer.

Não nos parece nada razoável, imposição pela ANS às OPS com redução de 33% (trinta e três por cento) no prazo de confecção das informações contábeis, controles internos, asseguração e amostragens, com um terceiro contratado que será diretamente impactado, neste caso os auditores independentes, sem qualquer gestão das operadoras sobre estes profissionais.

Em manifestações sobre o tema, por meio do ofício PRES 116/2023, trouxe à tona uma consulta formal às empresas de auditoria, sobre o prazo de confecção do PPA Anexo I ao DIOPS Financeiro, tendo sido unânime a resposta dos auditores independentes para pelo menos 15 dias de confecção daquele informe. A ANS está de posse deste comunicado antes da Consulta Pública!

Importante destacar que a agência não apresentou nas justificativas e exposição de motivos de mudança normativa, mesmo diante dos pleitos apresentados por essa Confederação, qualquer formalização acerca dos impactos nos trabalhos de auditores independentes por entidades legalmente representativas, conforme Capítulo I - Normas Gerais do Plano de Contas Padrão, neste caso, o Conselho Federal de Contabilidade (CFC) e Comissão de Valores Mobiliários (CVM).

O agente regulador desconsidera que a profissão de Auditor Independente é regulamentada por entidade federal legalmente constituída, furtando-se aos fundamentos previstos no art. 22 da Lei nº 9.656/98. Confira-se a consideração da ANS nas exposições de motivos:

“A redução de 45 dias para 30 dias no prazo dos DIOPS dos 1º, 2º e 3º trimestres e de 90 dias para 60 dias no prazo do DIOPS do 4º trimestre é plenamente viável, cabendo às operadoras ajustarem seus fluxos operacionais para o fechamento contábil de cada período e a disponibilização das informações necessárias aos trabalhos da auditoria independente.”



Os prazos atuais já são insuficientes e demandam um esforço operacional enorme das OPS, devidamente visualizado pela ANS ao verificar que os entes regulados enviam as informações trimestrais quase no prazo limite da obrigação, demonstrando que não existem equipes sobressalentes, sistemas operacionais com capacidade de processamento diante da quantidade de guias, operações e contábeis exclusivas de planos de saúde não encontradas em outros segmentos regulados, não se demonstrando qualquer viabilidade na redução de prazos. A ANS não cita qual o estudo baseou sua fundamentação de viabilidade, já que os auditores independentes são prestadores de serviços autônomos!

Com as vênias de estilo, instala-se um declínio regulatório na proposta de alteração normativa, porquanto não foram encontrados elementos básicos que revestiriam o propósito normativo, além da desarmonia aos profissionais que serão afetados pela imposição e que não possuem qualquer gestão das OPS, tampouco da agência reguladora, ao não apresentar ampla discussão dos impactos com o CFC e CVM. A alteração normativa certamente imporá oneração das OPS, aumentará riscos de falta de mensuração adequada das Demonstrações Financeiras e desestabilizará o mercado regulado.

6- Comparação com SUSEP sem levar em consideração que o mercado securitário possui outra dinâmica para apuração de prêmios e sinistros

Na página 3 das exposições de motivos da CP 116, a ANS apresenta equiparação ao mercado regulado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP):

“Nesse contexto, outros órgãos reguladores como a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que regula o mercado de Seguros, Resseguros, Previdência e Capitalização, as empresas são obrigadas a enviar mensalmente os dados contábeis, através o Formulário de Informações Periódicas (FIP).”

Entretanto, tal justificativa da ANS pode estar na contramão do que a SUSEP publica à sociedade em relação a redução de obrigações recebidas, com isso reduzindo por meio de modernização o volume de obrigações dos regulados:

“Com avanços do SRO, supervisionadas deixam de enviar à Susep informações sobre operações de seguros de grandes riscos

Medida viabiliza redução dos custos de observância regulatória

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2023. Com o avanço da implementação do Sistema de Registro de Operações (SRO), a Superintendência de Seguros Privados (Susep) suspendeu a necessidade de envio mensal, pelas empresas supervisionadas, das informações relativas a emissões de apólices de seguros de danos classificados como de grandes riscos, na forma definida pela Resolução CNSP nº 407, de 29 de março de 2021.

As empresas foram comunicadas sobre a suspensão por meio de Ofício-Circular e os dados anteriormente enviados agora serão gerados automaticamente a partir do SRO, desonerando as

supervisionadas desse envio mensal específico.

A suspensão do envio mensal das informações relativas a emissões de apólices de seguros de danos classificados como de grandes riscos está alinhada à orientação geral vigente, voltada para redução dos custos de observância regulatória, possibilitada a partir da implantação do SRO.

Cumpra ressaltar que a medida não suspende o dever de as empresas encaminharem as referidas informações quando requisitado pela Autarquia.”⁴

Evidências demonstram que o planejamento pelo esforço de regulação da SUSEP, visam diminuir as obrigações dos regulados em constante discussão com o mercado para redução de custos. Ponto contraditório as justificativas da ANS.

7- Falta de resposta ou justificativas dos impactos de Governança no envio das informações à ANS sem aprovação dos órgãos de administração e fiscalização

A Unimed do Brasil encaminhou dois ofícios à ANS (PRES 116/2023 e 229/2023), regularmente protocolados nos canais oficiais da agência antes da abertura da CP 116. Embora os pedidos tenham sido pelos esclarecimentos dos grandes impactos identificados, a agência optou por manifestar-se na exposição de motivos, entretanto, sem demonstrar que não existem conflitos de governança ao enviar Demonstrações Financeiras sem aprová-las nas instâncias responsáveis pela fiscalização, auditoria e administração. Confira-se:

“Já em relação à alegação de que a redução no prazo de envio das demonstrações financeiras anuais tornará inviável a conclusão de todos os procedimentos de governança, comprometendo a manifestação da auditoria independente, o nosso entendimento é que o novo prazo é suficiente para o fechamento contábil e elaboração das demonstrações financeiras e notas explicativas e sua aprovação pela administração (diretoria) da operadora, bem como manifestação do Conselho Fiscal, se existir, de modo que o auditor possa formalizar sua opinião no relatório de auditoria.”

Chama-se atenção para regulação prudencial e adoção da regra do Capital Baseado em Riscos, cuja fase de transição foi concluída, entrando em vigor a partir de 2023 para todas OPS. Considerando aspectos mínimos de avaliação de ambiente de maturidade de controles e mensuração/monitoramento de riscos, a Resolução Normativa nº 518/22 materializa práticas de governança corporativa das operadoras.

Para atendimento da RN nº 518/22, a OPS deverá observar o Anexo I da referida norma, que trata de “práticas mínimas de gestão de riscos e controles internos a serem verificadas”. O referido anexo

⁴ Fonte: Rede Mundial de Computadores em 04/10/2023 - <https://www.gov.br/susep/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2023/setembro/com-avancos-do-sro-supervisionadas-deixam-de-enviar-a-susep-informacoes-sobre-operacoes-de-seguros-de-grandes-riscos>

possui 3 capítulos definidos: 1. Tratamento das recomendações sobre aspectos de controle e gestão; 2. Análise e monitoramento econômico-financeiro; e, 3. Avaliação de práticas de gestão de risco. A operadora deve realizar avaliações, no mínimo anualmente, das práticas de gestão de risco existentes, considerando, ao menos, as seguintes questões sobre os principais riscos (Gestão de Riscos de Subscrição, Crédito, Mercado, Legais e Operacionais).

Caberá a asseguarção das práticas mínimas de gestão de riscos e controles internos com a elaboração do PPA previsto no Anexo V:

“1.1 A administração da operadora deve avaliar as recomendações de melhorias ou de correções de procedimentos elencados pelos órgãos de controles, auditoria interna, atuário responsável e auditoria independentes e designar o(s) responsável(is) pela implementação das ações necessárias, estabelecendo prazos para conclusão e períodos de avaliação do andamento.

d) Recomendações de melhorias ou correções de procedimentos registradas em atas de conselhos, comitês internos ou reunião com proprietários.” (grifo nosso)

A estrutura societária das cooperativas está prevista na Lei 5.764/1971 que trata do ambiente de fiscalização por meio de Conselho Fiscal. Conforme artigo 44 o Conselho Fiscal tem até 31 de março para emitir em Assembleia Geral Ordinária seu parecer sobre a recomendação de aprovação ou não da prestação de contas.

Como se percebe na norma de governança, RN nº 518/22, estabelece-se que sejam cumpridos os requisitos de asseguarção dos procedimentos registrados em atas de conselhos sejam verificados para subsídio de práticas mínimas de gestão, sendo o prazo previsto desta asseguarção até 15 de maio do ano subsequente, conforme art. 14:

“a operadora encaminhará relatório de PPA à ANS conjuntamente com o DIOPS do 1º trimestre de cada ano subsequente”.

O Conselho Fiscal é um órgão que possui previsão na Lei nº 5.764/71 para emitir sua opinião por meio de parecer, com foco em fiscalizar as atividades da gestão da cooperativa. Todas as OPS do Sistema Unimed estão subordinadas à lei cooperativista. Cabe ao Conselho Fiscal avaliar e emitir parecer sobre as DFs até o dia 31 de março.

A antecipação de prazo conflita com a norma de governança e práticas de gestão, claramente colidindo com a RN nº 518/22 e impossibilitando, portanto, a asseguarção de elementos essenciais desta norma. Não será possível a materialização do parecer do Conselho Fiscal, devidamente registrado em ata se as DFs serão encaminhadas até o dia 28 de fevereiro como propõe a ANS, o que configura flagrante desconformidade regulatória, visto que não haverá ambiente mínimo de gestão se o Conselho Fiscal for cerceado de seu direito legal de emitir opinião até o dia 31 de março!

Há uma evidente sobreposição legal com limitação da atuação de um órgão legalmente constituído há mais de 50 anos pela Lei nº 5.764/71.



Mesmo que a ANS possa, desconsiderar que as DFs não necessitam de aprovação dos órgãos de administração, controle e fiscalização, tal medida tem contradição com o artigo 26 da lei 9.656/98 por limitar, dificultar ou até mesmo inibir o trabalho destes:

“Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.”

O simples envio a agência reguladora sem observar o rito societário, neste caso pelas cooperativas médicas até 31 de março, impõe grave erro ao propósito do marco regulatório prudencial que o mercado de saúde suplementar vem em franco amadurecimento, ocasionando falta de harmonia das normas gerando inseguranças jurídico-societárias.

Na imposição da ANS em envio das DFs antes da aprovação por órgãos de administração e de fiscalização, ensejará das OPS o envio das peças contábeis sem aprovação, e nesta condição isentando os administradores dessas cooperativas, por falta exclusiva de aprovação dentro do prazo legalmente instituído de 31 de março, previsto na Lei nº 5.764/71, trazendo sérios prejuízos ao ambiente regulatório.

Não somos favoráveis ao envio de informações contábeis sem a aprovação dos administradores e fiscalizadores da entidade, visto que o período entre 28 de fevereiro proposto pela ANS até 31 de março, fatos subsequentes ainda estejam em coleta na OPS.

Resta destacar novamente que, na exposição de motivos da CP 116, a ANS não citou os conflitos das normas que tornem viáveis o referido fechamento contábil antes de 60 dias (considerando que fevereiro possui 28 dias/ano não bissexto). Optou por apenas informar a viabilidade de fechamento é suficiente, sem objetivamente demonstrar os conflitos de normas que asseguram às cooperativas o prazo de 31 de março. Há aqui elementos robustos que o impacto normativo deve ser analisado, avaliado, mensurado e exposto em todos níveis, sem citações ausentes de fundamentações. A ANS deve se dignar a realizar o que se espera do órgão regulador e se propõe a imposição de forte impacto no ambiente de governança, com a devida avaliação do conflito de normas emitidas por diversas leis e resoluções, realizando a análise regulatória prevista no Decreto 10.411/2020.

Dos pedidos da Unimed do Brasil

Considerando os elementos de impacto regulatório que serão trazidos pela redução dos prazos propostos na Consulta Pública 116 para alteração da RN nº 527/22, tais como elevação dos custos com equipes internas, aumento de custos com auditoria independente, redução da qualidade das



informações, possíveis limitações de opiniões nas emissões de relatório pelos auditores independentes, possível implementação de “data de corte”;

Considerando que as operadoras serão oneradas com sistemas, provisões, auditoria, equipes operacionais e consequentemente estes custos serão repassados nos reajustes contratuais de Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas;

Considerando que a ANS optou por realizar Consulta Pública sem possibilidade de manifestação ampla dos temas de Normas de Governança Corporativa não previstos impactos nas seções da RN nº 527/22 e proposta de alteração normativa;

Considerando a falta de realização de Análise de Impacto Regulatório que deveria ter antecipado a referida CP 116, conforme art. 7º do Decreto nº 10.411/20 de análise de riscos, benefícios e custos com a redução de 33% do prazo de envio dos DIOPS;

Considerando que a maior operação de Corresponsabilidade para atendimento de Beneficiários - Operações de Compartilhamento da Gestão de Riscos envolvendo Operadoras de Plano de Saúde está no Sistema Unimed, podendo ser gravemente impactada em R\$ 2,53 bilhões;

Considerando que o escopo da proposta onera o regulado de forma desproporcional, com a finalidade do agente regulador recepcionar a informação em menor tempo, culminando no efeito de quantidade em detrimento a qualidade dos efeitos econômicos e financeiros que impactarão na adoção das mudanças pela agência;

Considerando que a agência reguladora, eventualmente, possa desconhecer os fluxos e prazos regulares para procedimentos de auditoria, com objetivo de assegurar a adequada informação nas Demonstrações Financeiras;

Considerando que a ANS não realizou apresentação antes da CP 116 com entidades que regulam a atuação do Auditor Independente pelo Conselho Federal de Contabilidade e Comissão de Valores Mobiliários;

Considerando que a proposta da ANS poderá gerar conflitos e inseguranças nas normas de governanças emitidas pela lei geral do Cooperativismo, Lei Geral das Sociedades Anônimas e Normas Brasileiras de Contabilidade, que impactam diretamente nos valores e informações complementares das Demonstrações Financeiras auditados pelos Auditores Independentes, a Unimed do Brasil vem requerer:

- 1- Análise de Impacto Regulatório (AIR) conforme previsto no Decreto 10.411/2020, com ampla análise de riscos, benefícios e custos de imposição normativa;
- 2- Redução do escopo do PPA anexo I do DIOPS XML;



- 3- Manutenção do prazo contábil de 30 dias para contabilização mensal;
- 4- Manutenção do prazo do DIOPS Trimestral nas seguintes datas:
 - 4.1- Primeiro trimestre até o dia quinze de maio do mesmo exercício;
 - 4.2- Segundo trimestre até o dia quinze de agosto do mesmo exercício;
 - 4.3- Terceiro trimestre até o dia quinze de novembro do mesmo exercício;
 - 4.4- Quarto trimestre até o dia trinta e um de março do exercício subsequente.
- 5- Manutenção do prazo atual até 31 de março para o envio das Demonstrações Contábeis, do Parecer e do Relatório Circunstanciado de final de exercício, em atenção as normas de governança (administração e conselhos), reconhecimento contábil de investimentos e prazos com auditoria independente;
- 6- Implementação do DIOPS Mensal (somente balancete e fluxo de caixa) nos seguintes períodos contábeis:
 - 6.1 - janeiro até o dia trinta e um de março do mesmo exercício
 - 6.2 - fevereiro até o dia trinta e um de março do mesmo exercício
 - 6.3 - abril até o dia trinta e um de maio do mesmo exercício
 - 6.4 - maio até o dia trinta de junho do mesmo exercício
 - 6.5 - julho até o dia trinta e um de agosto do mesmo exercício
 - 6.6 - agosto até o dia trinta de setembro do mesmo exercício
 - 6.7 - outubro até o dia trinta de novembro do mesmo exercício
 - 6.8 - novembro até o dia trinta e um de dezembro do mesmo exercício
- 7- As observações acima sejam conhecidas e aprovadas pela ANS, pois possuem o objetivo intrínseco de garantir a conformidade, operacionalidade e sustentabilidade ao setor de saúde suplementar brasileiro;
- 8- Por último e diante dos pontos aqui elencados, sem prejuízos de outros eventualmente não trazidos a esta exposição, requer-se a esta Agência a observância ao que dispõe a Lei nº 9.961, em seu artigo 4º no trato regulatório envolvendo as Cooperativas, nos termos abaixo transcritos:

“Art. 4º Compete à ANS

...

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.”

Ante o exposto, é salutar a manifestação da ANS nos pontos tratados, requerendo que solicitações acima sejam conhecidas e providas, já que possuem como objetivo intrínseco o aprimoramento da saúde suplementar brasileira e urge a necessidade de medidas operacionais a serem implementadas no setor.

Atenciosamente,



Omar Abujamra Junior
Presidente da Unimed do Brasil

