Valor ECONÔMICO
Publicado em 23/09/2022 - 05:58

ANS muda regra e dá alívio ao caixa de planos de saúde

Saúde Setor registra resultado operacional negativo de R$ 5,4 bi no primeiro semestre

ANS reduz exigências e operadoras podem economizar R$ 18 bilhões

Beth Koike
De São Paulo

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mudou as regras que exigem reservas para casos de falência das operadoras de planos. Com a alteração, o montante das reservas terá redução de R$ 11,8 bilhões. Além disso, a ANS apresentou propostas para flexibilizar provisões e medidas administrativas que geram economia de mais R$ 6 bilhões.

A medida, prevista para ocorrer apenas em 2023, foi antecipada no momento em que o setor amarga prejuízo operacional de R$ 6,3 bilhões no acumulado de 2021 e 1º semestre deste ano. Por causa do desempenho negativo, muitas operadoras ficaram desenquadradas nas regras que exigem reservas para casos de falência e corriam o risco de entrar em direção fiscal, medida de acompanhamento mais rigoroso nas finanças das empresas de convênio médico.

A fim de evitar essa situação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) antecipou mudanças nas regras dessas garantias, que seriam adotadas em 2023.

A situação financeira das operadoras piorou no segundo trimestre deste ano. Em 2021, o setor registrou resultado operacional negativo de R$ 919,6 milhões e lucro líquido de R$ 2,6 bilhões. A última linha do balanço foi positiva devido a ganhos financeiros. Como o setor precisa fazer provisões, há recursos aplicados que geram receita financeira relevante. Mas no acumulado do primeiro semestre deste ano nem as aplicações financeiras salvaram o setor, que registrou resultado operacional negativo de R$ 5,4 bilhões e prejuízo líquido de R$ 691,6 milhões.

O resultado ruim deve-se a uma combinação de fatores como ondas de casos de covid-19, retomada de procedimentos e exames não realizados durante a fase mais aguda da pandemia, sequelas causadas pelo novo coronavírus, aumento de problemas de saúde mental, alta do dólar e dos custos de insumos médicos, entre outros.

As regras de reservas de margem de solvência que vigoravam, até então, exigiam que as operadoras tivessem até o fim deste ano garantias equivalentes a 33% das despesas médicas ou 20% do faturamento anual, o que for maior, para casos de falências. Considerando hipoteticamente, que as operadoras tivessem cumprido essa exigência, o valor das reservas hoje seria de cerca de R$ 65 bilhões. No entanto, essa quantia pode ter variações porque há empresas desenquadradas e algumas já tinham aderido à nova metodologia, explica Marcos Novais, superintendente executivo da Abramge, a associação das operadoras.

Em 2021, o setor registrou receita de R$ 263,3 bilhões e despesas médicas de R$ 259,7 bilhões. "Muitas operadoras estão com patrimônio negativo, desenquadradas pelas regras de margem de solvência e teriam que ir à direção fiscal. Temos muitas operadoras pequenas no setor", disse Novais. Esse mercado tem 693 empresas, sendo que 38% são de pequeno porte, com até 10 mil usuários.

A fim de evitar esse processo, a ANS antecipou a implementação de uma nova regra de garantias, que começaria a ser aplicada em 2023. A partir de agora, deixa de valer a margem de solvência para vigorar o Capital Baseado em Risco (CBR). Essa nova metodologia considera cinco tipos de riscos — operacional, legal, crédito, subscrição e de mercado. A expectativa de especialistas é que, sob a nova regra, a grande maioria das operadoras fique enquadrada.

"Essa mudança é um pleito antigo das operadoras. Estamos dando um voto de confiança ao antecipar a adoção das regras e simplificação", disse Paulo Rebello, presidente da ANS. "A nova regra de Capital Baseado em Risco é mais modelada de acordo com o tamanho da operadora. Na metodologia de margem de solvência, alguma operadora poderia estar pagando mais do que deveria, ou o contrário", explicou Rebello.

Apesar de haver uma redução de R$ 11,8 bilhões, esse valor não pode ser retirado, uma vez que os recursos estão alocados em forma de patrimônio (que é a soma do capital social, capital de giro, lucros revertidos na companhia, etc). "Esse valor não é dinheiro, está no capital social da operadora. Não pode ser retirado", explica Raquel Marion, diretora técnica do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA). As reservas disponíveis em dinheiro são os ativos garantidores que servem para cobrir o pagamento de procedimentos médicos cobrados nos meses seguintes.

Segundo Raquel, a antecipação da nova regra traz um ganho às operadoras que estavam irregulares e teriam que fazer aportes para não entrar em direção fiscal neste segundo semestre.

Há outras mudanças propostas pela ANS que flexibilizam as regras e reduzem em R$ 6 bilhões os gastos das operadoras de planos de saúde e dental, administradoras de benefícios, segundo cálculos da agência. Mas essas propostas ainda dependem de audiência pública para entrar em vigor.

Entre essas medidas, está a possibilidade de as operadoras que trabalham com planos de pós-pagamento (cujo ressarcimento é feito após o procedimento médico) poderem usar créditos a receber como redutor de ativos garantidores. Segundo a ANS, essa medida traz economias de R$ 1,7 bilhão.

As operadoras de planos odontológicos e as administradoras de benefícios ficariam isentas de determinadas provisões.

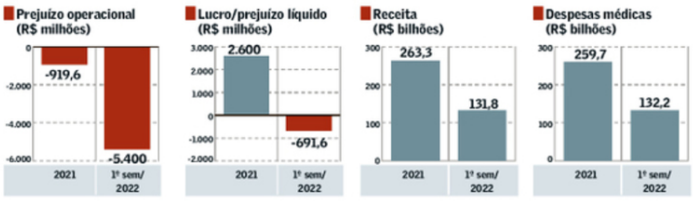
Outra medida permite que as operadoras tenham autonomia para alocar suas provisões para outros tipos de investimento, sem autorização prévia da ANS.

Há ainda uma proposta para que operadoras com problemas econômicos tenham até 60 meses para voltar ao azul. Hoje, esse prazo é de 36 meses.

Segundo a diretora técnica do IBA, a expectativa é que o atual nível de despesas médicas se mantenha alto até o primeiro trimestre de 2024. "Esse é o tempo para que o setor se ajuste, volte ao patamar de sinistralidade de 82%, que é o ideal", disse Raquel. Atualmente, a taxa média de sinistralidade está em quase 89%. "Se continuar assim, muita operadora quebra ou o plano de saúde vai aumentar muito e ser restrito para um número ainda menor de pessoas", complementou. Só 25% da população brasileira tem convênio médico.

A expectativa é que o setor volte a ter 50 milhões de pessoas com plano de saúde em outubro deste ano — patamar de 2014. Atualmente está em 49,8 milhões. Desde o começo da pandemia, houve aumento de cerca de 1,5 milhão de usuários. Mas a receita do setor não cresce na mesma proporção. "Uma possibilidade é que esteja havendo 'downgrade' [rebaixamento de categoria] nos planos de saúde. Ainda estamos analisando a fundo os motivos", disse o presidente da ANS.

No vermelho
Desempenho do setor de planos de saúde



Fonte: ANS

Veículo: Impresso -> Jornal -> Jornal Valor Econômico - São Paulo/SP

Seção: Empresas **Caderno:** B **Pagina:** 1

Copyright © Clipclap 2025.