



SISTEMAS DE GESTÃO DE **COMPLIANCE**

NAS OPERADORAS DE
PLANOS DE SAÚDE
E A RN N° 443/2019

FERNANDO HENRIQUE ZANONI

**SISTEMAS DE GESTÃO DE
COMPLIANCE NAS OPERADORAS
DE PLANOS DE SAÚDE E A RN N°
443/2019**

Fernando Henrique Zanoni



Editora:

Vanessa Venzel Coutinho

Conselho Editorial:

Nilton Carlos de Almeida Coutinho

Doutor em Direito Político e Econômico

Universidade Mackenzie

Professor universitário

André Luiz dos Santos Nakamura

Doutorando em Direito Político e Econômico

Universidade Mackenzie

Professor universitário

Rafael de Lazari

Pós-Doutor em Direito

Professor em Cursos de graduação e pós-graduação
UNIVEM - Centro Universitário Eurípides de Marília

Olavo Vianna

Doutor em Direito

Professor em Cursos de graduação e pós-graduação
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Dirceu Pereira Siqueira

Pós-doutor em Democracia e Direitos Humanos

Professor do Programa de Mestrado em Direito

Centro Universitário de Maringá

Copyright © 2019 by Editora Praeceptor

Categoria: *compliance*

Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, inclusive quanto às características gráficas e/ou editoriais. A violação de direitos autorais constitui crime (Código Penal, art. 184 e §§, e Lei nº 10.695, de 01/07/2003), sujeitando-se à busca e apreensão e indenizações diversas (lei nº 9.610/98).

Todos os direitos desta edição reservados à Editora Praeceptor.
Impresso no Brasil. Image in box.
Printed in Brazil

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA FONTE

ZANONI, Fernando Henrique
Sistemas de Gestão de Compliance nas Operadoras de Planos de Saúde e a RN nº 443/2019/ 1. Ed. – Brasília: Praeceptor, 2019.
102 p; 21 cm.
Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-906821-6-5
1. Brasil. *Compliance*. Operadoras de Planos de Saúde. Gestão de Riscos. Governança Corporativa. RN 443/2019.

CDD 341.3

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Contexto e estrutura do sistema de governança corporativa de acordo com o Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa.....	19
Figura 2 – Modelo de Três Linhas de Defesa, proposto pela FERMA (Federation of European Risk Assessment Associations) e ECIIA (European Confederation of Institutes of Internal Auditing)	24
Figura 3 – Conceito moderno de compliance	29
Figura 4 – Contexto da Organização (Fundamentos Subjetivos e Objetivos do Ambiente Institucional e Organizacional)	31
Figura 5 – A Primeira Trilogia do Compliance	34
Figura 6 – A Segunda Trilogia do Compliance	37
Figura 7 – Evolução do Número de Operadoras de Planos de Saúde com Cadastro Ativo junto a ANS (dezembro/1999 – julho/2019)	43
Figura 8 - Evolução do Número de Operadoras de Planos de Saúde com Cadastro Ativo junto a ANS (jun/2000 – julho/2019)	47
Figura 9 – Demandas recebidas pela ANS e índice de resolatividade (2009-jul/2019).....	48
Figura 10 – Estimativa do % de gastos com fraudes e desperícios em relação a despesas assistencias.....	50
Figura 11 – A Tríade da Saúde.....	52
Figura 12 – Áreas centrais do Sistema de Saúde e os Riscos de Fraude	53
Figura 13 – Tipos de Riscos a que estão sujeitas as OPS	67
Figura 14 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Localização, Porte e Modalidade das Operadoras de Planos de Saúde participantes.....	82

Figura 15 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Governança I	83
Figura 16 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Governança II	84
Figura 17 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Governança III	85
Figura 18 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Gestão de Riscos I	86
Figura 19 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Gestão de Riscos II	87
Figura 20 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Gestão de Riscos II.....	88
Figura 21 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estrutura de Compliance I	89
Figura 22 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estrutura de Compliance II	90
Figura 23 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estrutura de Compliance III	90
Figura 24 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Obrigações Previstas na RN nº 443/2019 I.....	92
Figura 25 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Obrigações Previstas na RN nº 443/2019 II.....	93

LISTA DE SIGLAS, ABREVIACOES E SÍMBOLOS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COSO	Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
PPA	Procedimentos Previamente Acordados
RN	Resolução Normativa

AGRADECIMENTOS

Dedico este livro a todas as pessoas que me auxiliaram no decorrer da pesquisa e, principalmente, que estiveram ao meu lado durante o processo de produção do conteúdo, seja dando *feedbacks* construtivos ou apoio moral.

Em especial, dedico esta obra às duas “grandes-pequenas” mulheres da minha vida, minha eterna companheira, Silvana Zanoni, e minha mãe, Neide Zanoni, a todos os familiares do presente e do passado que carregam esse sobrenome de que tanto me orgulho, à minha sócia Cynzia Fontana, a quem muito admiro como pessoa e profissional, e com quem tenho a honra de dividir os desafios diários na CódigoConduta.com, e meus irmãos de outra mãe, Carlos Eduardo Posada e Aline Maciel.

Aos colegas de *Compliance* que o ambiente profissional me apresentou e que me inspiram a atuar com cada vez mais afinco na busca por um ambiente institucional mais ético e na produção de conteúdo relevante para disseminar a integridade: Atilio Segantin Braga, que revisou este material e deu valiosos *insights*, Guilherme Oshima e Giovanny Maciel, parceiros em projetos acadêmicos, profissionais e na busca pela “baixa-gastronomia perfeita”.

Por fim, aos profissionais “cabeça-branca” que tanto admiro, Ricardo Becker, modelo de postura ética e liderança, Moacir Grunitzky, contador e auditor referência no segmento e quem me introduziu aos estudos do Compliance para as Operadoras de Planos de Saúde, e Aristides Girardi, que me guiou em momento de transição profissional de uma promissora carreira corporativa para o desafio do empreendedorismo.

A todos vocês, meu muito obrigado!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Apresentação	13
1.2 Problema e Objetivo.....	13
1.3 Estrutura do Estudo.....	15
2. CONCEITOS BASILARES	16
2.1 Governança Corporativa	16
2.2 Gestão de Riscos	18
2.3 Controles Internos	23
2.4 <i>Compliance</i>	26
2.5 Auditoria	35
3. DADOS E INDICADORES DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	40
3.1 Operadoras de Planos de Saúde	40
3.2 Beneficiários.....	44
3.3 Demandas junto ao Órgão Regulador	45
4. AMBIENTE INSTITUCIONAL NO SEGMENTO DA SAÚDE	47
4.1 A “Tríade da Saúde”	49
4.2 Alguns Potenciais Desvios de Conduta.....	52
4.2.1 Cometidos pelo beneficiário do serviço contra a operadora de planos de saúde	54
4.2.2 Cometidos pelo prestador do serviço contra a operadora de planos de saúde.....	55
4.2.3 Cometidos pelo beneficiário e o prestador do serviço contra a operadora de planos de saúde.....	56
4.2.4 Cometidos pelo prestador de serviços e por fornecedores contra a operadora de planos de saúde	56

4.2.5 Cometidos pelas operadoras de planos de saúde contra os demais atores do segmento	57
5. CAPITAL BASEADO EM RISCO E AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	58
5.1 O Capital Regulatório segundo as Normas Vigentes	58
5.2 O Capital Baseado em Risco.....	60
6. A RESOLUÇÃO NORMATIVA RN Nº 443/2019	66
6.1 Concepção da Nova Regulamentação	66
6.2 Análise Crítica das Obrigações decorrentes da RN nº 443/2019	68
6.2.1 Conceitos	69
6.2.2 Práticas Mínimas de Gestão de Risco e Controles Internos.	73
6.2.3 Práticas Avançadas e Estrutura de Governança, Gestão de Riscos e Auditoria Interna.....	75
6.3 Resultado da Pesquisa Qualitativa realizada junto a 25 Operadoras de Planos de Saúde (Governança Corporativa, Gestão de Riscos, Sistema de Gestão de Compliance e Antissuborno e a RN nº 443/2019).....	79
6.3.1 Visão Geral.....	80
6.3.2 Maturidade da Governança Corporativa.....	81
6.3.3 Maturidade de Gestão de Riscos.....	83
6.3.4 Maturidade de Compliance.....	86
6.3.5 Obrigações previstas na RN nº 443/2019	89
6.4 Potenciais Impactos da nova Regulamentação	91
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
8. REFERÊNCIAS	96

PREFÁCIO

Nessa obra é abordada, de uma maneira objetiva e didática, a atual imaturidade de governança corporativa implícita no mercado de planos de saúde no Brasil, bem como, as medidas indutoras adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para incentivar a adoção de boas práticas de gestão e de transparência em suas operações. Esse conjunto de medidas está definido e detalhado a Resolução Normativa nº 443/18, publicada pela ANS em 25 de janeiro de 2019.

Outra questão muito bem colocada no contexto do trabalho refere-se ao processo de boas práticas de governança corporativa propriamente dito. Aqui contribui com a implementação formal de controles internos, mapeamento e gerenciamento dos diversos riscos aos quais a atividade está sujeita e fornece recomendações para uma estrutura adequada de compliance amparada em modelos e padrões mundialmente aceitos.

Também alerta para o crescente movimento de concentração deste mercado, o qual está se concentrando em operadoras de médio e grande porte, em função dos riscos e responsabilidades inerentes à atividade e às regras da ANS, com maiores exigências de capital, visando a constituição de reservas garantidoras compatíveis com novos patamares de riscos advindos do pacto intergeracional e definidos por ocasião da contratação dos planos de saúde.

O autor traça um paralelo, entre os diversos interesses dos atores do mercado (beneficiários, operadoras, prestadores de serviços e fabricantes de produtos), demonstrando que há espaço para redução dos desperdícios e fraudes em toda a cadeia, tendo por objetivo principal o maior interessado neste contexto: o beneficiário de plano de saúde.

Finalmente, o livro detalha, através de uma pesquisa realizada com diversas modalidades de operadoras do

mercado, o nível de maturidade da governança corporativa, concluindo e discorrendo sobre a necessidade de aprimoramento.

O autor, advogado de formação e profissional especializado em Compliance, com experiência em empresas de grande porte, ora atuando no desenvolvimento, implantação e apoio à operação de sistemas de integridade corporativa, mostra nesta obra sua capacitação, e domínio do tema. O conteúdo é oportuno e relevante. Sintonizado com as necessidades do mercado, é dirigido a todos os profissionais da área interessados nas metodologias de governança, compliance e gerenciamento de riscos como caminho para criação de valor no setor de serviços de saúde e, especificamente, no segmento das operadoras de saúde suplementar.

Moacir José Grunitzky
10 out. 2019

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O presente estudo tem por objetivo analisar o impacto da Resolução Normativa RN nº 443/2019¹, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nas operadoras de Planos de Saúde (OPS).

Referida norma, datada de 25 de janeiro de 2019, dispõe sobre a adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, e prevê o cumprimento de determinadas obrigações pelas empresas do setor, obedecendo aos prazos definidos no próprio instrumento normativo.

Por meio de uma pesquisa qualitativa, baseada em um questionário online, que foi respondido por gestores e profissionais de 25 (vinte e cinco) operadoras de planos de saúde, na análise do ambiente institucional e nas melhores práticas de mercado, buscou-se verificar o nível de maturidade de *Compliance*, Governança Corporativa e Gestão de Riscos nessas empresas, e se o simples cumprimento das obrigações normativas é suficiente para garantir sua solvência e perenidade, objetivo final da Resolução publicada pela ANS.

1.2 Problema e Objetivo

A edição da RN nº 443/2019 pela ANS não só cria obrigações, mas, principalmente, estimula as operadoras de planos de saúde a revisitar suas práticas de governança e até mesmo suas culturas organizacionais.

E esse tipo de atuação regulatória não é novidade ou exclusividade do segmento: “*Corporate governance is*

¹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 443, de 25 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 25 ago. 2019.

*constantly evolving. National governments and international bodies are perpetually modifying the regulatory framework to increase corporate transparency and accountability.*²²

O que chama a atenção neste caso, é que estamos diante de agentes regulados com naturezas jurídicas e estruturas organizacionais bastante diversas e apetite e tolerância ao risco bem particulares e, como se sabe “*one size does not fit all*” quando se trata de conformidade e integridade corporativa.

Assim sendo, o advento dessa norma, cujo objetivo expresso é reduzir a insolvência dos *players* deste segmento por meio da adoção de controles internos mais efetivos e do estabelecimento de práticas de gestão de riscos³, trará impactos mais significativos àquelas organizações menores, ou com estruturas não tão bem desenvolvidas de *Compliance* e Governança Corporativa, ensejando sua urgente adaptação à nova realidade.

As perguntas que surgem e que se pretende responder por meio deste artigo, são as seguintes:

(i) “Todas as operadoras de planos de saúde estão preparadas para cumprir com as obrigações advindas da nova regulamentação?”;

(ii) “Considerando as diversas modalidades das operadoras de planos de saúde e suas estruturas atuais, a obrigação de adoção de práticas padrões de governança, gestão de riscos e Compliance da maneira proposta é efetiva para atingir o objetivo da norma?”

² SINGH, Nitish; BUSSEN, Thomas J. **Compliance management**: a how-to guide for executives, lawyers, and other compliance professionals. Santa Barbara, California: Praeger, 2015. p. 32.

³ A competência para a Agência Nacional de Saúde Suplementar fixar normas sobre a constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde está prevista no Parágrafo Único do Art. 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. (BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em 28 ago. 2019).

e

(iii) “Adotar medidas para simplesmente cumprir com as obrigações normativas será suficiente para que as organizações se perpetuem e enfrentem o ambiente institucional no qual estão inseridas, altamente complexo e sujeito à inúmeros conflitos de interesse?”

1.3 Estrutura do Estudo

O presente estudo foi estruturado para apresentar, num primeiro momento, e de maneira resumida, os conceitos mais atualizados de Governança, Gestão de Riscos, Controles Internos, *Compliance* e Auditoria.

Em seguida, serão expostos alguns dados oficiais relacionados ao ambiente institucional da saúde suplementar no Brasil.

Na sequência, será retratado o (complexo) ambiente institucional da saúde, apresentando os principais atores (*stakeholders*) que dele fazem parte e analisando potenciais desvios de conduta, ilícitudes e fraudes que podem ocorrer em razão dos inúmeros conflitos de interesses, dando especial atenção às operadoras de planos de saúde.

Em seguida, explicar-se-á o atual conceito de capital regulatório previsto nas normas vigentes da ANS e o novo conceito proposto pelo organismo regulador, de capital baseado em risco, que de certa forma está ligado a regulamentação que será analisada na sequência.

Por fim, a Resolução Normativa RN nº 443/2019 será examinada, desde a sua concepção até os deveres dela decorrentes, dirigidos aos entes regulados. Então, com base na análise do ambiente institucional e no resultado de uma pesquisa realizada com 25 (vinte e cinco) operadoras de planos de saúde sobre suas estruturas de Governança, Gestão de Riscos, *Compliance* e Auditoria, pretende-se responder às perguntas formuladas no item anterior.

2. CONCEITOS BASILARES

2.1 Governança Corporativa

Conforme definido no Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC):

Governança corporativa é o sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.⁴

Seguindo este conceito, a Governança Corporativa está fundamentada em 4 (quatro) princípios fundamentais, quais sejam:

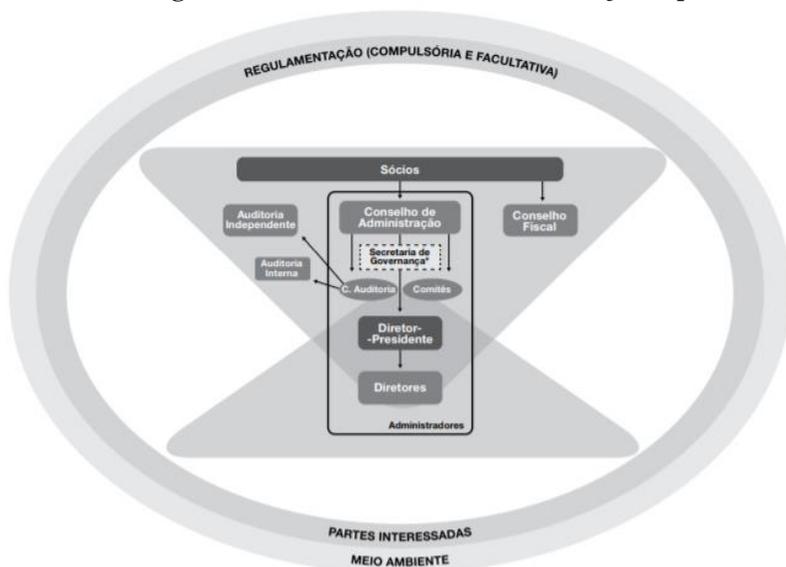
- (i) Transparência, ou seja, a disponibilização de informações relevantes, relacionadas à gestão e à capacidade econômico-financeira da organização, às partes interessadas;
- (ii) Equidade, consistente no tratamento íntegro e equivalente a todos os sócios e stakeholders, de conformidade com seus deveres e direitos, necessidades e expectativas;
- (iii) Prestação de Contas (*Accountability*), que significa a assunção das responsabilidades por todos os membros da organização e a obrigação de responder por seus atos de maneira proporcional, em razão de determinadas funções ou cargos desempenhados;
- (iv) Responsabilidade Corporativa, ou seja, o dever de cuidado com a capacidade econômico-

⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5.ed. São Paulo, SP: IBGC, 2015. p. 20.

financeira e operacional da organização razoável e proporcionalmente ao seu modelo de negócios, planejamento estratégico e apetite e tolerância aos riscos.

Resumidamente, os agentes de governança, entendidos como os sócios/acionistas, membros dos Conselhos de Administração, membros dos Comitês Estratégicos e o C-Level (diretoria) devem agir de acordo com seus direitos e deveres, elencados nos atos societários das organizações, respeitar as tomadas de decisões colegiadas tomadas em Assembleias e/ou Reuniões, os apontamentos dos órgãos internos e de profissionais independentes de monitoramento (auditoria interna e independente) e as opiniões e análises do Conselho Fiscal.

Figura 1 - Contexto e estrutura do sistema de governança corporativa de acordo com o Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa.



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5.ed. São Paulo, SP: IBGC, 2015. p. 19.

Os agentes de governança são responsáveis, outrossim, pela concepção das normas de conduta das organizações, por monitorar o seu cumprimento, por implementar canais de reporte de desvios e não-conformidades, fraudes e ilícitos, além de vigiar potenciais conflitos de interesses.⁵

No tocante à adoção de práticas de Governança Corporativa, conforme restará demonstrado adiante, a ANS adotou na RN nº 443/2019 a sistemática do “*pratique ou explique*” (“*comply or explain*”), ou seja, não exigirá das operadoras modelos ou *frameworks* específicos, mas tão somente o cumprimento dos deveres legais previstos na nova regulamentação, possibilitando às empresas duas opções: “(i) *cumprir integralmente o conjunto de recomendações previstas pelo regulador (“comply”) ou (ii) identificar as distintas práticas adotadas e apresentar explicações para tanto (“explain”)*”.⁶

Isso pode abrir margem para que os gestores de determinadas empresas do segmento se preocupem tão somente em cumprir com os ditames normativos, sem efetivamente adotar boas práticas de Governança Corporativa ou rever sua estrutura e controles internos. Na sequência deste estudo, apresentar-se-á quais os riscos para as empresas que eventualmente tomarem medidas nesse sentido.

2.2 Gestão de Riscos

O significado do vocábulo Risco no ambiente corporativo, pode ser compreendido como o resultado de um

⁵ “*Em resumo: de acordo com as melhores práticas de governança corporativa, o Compliance deve ser tratado sob o ponto de vista da deliberação ética, como mecanismo de cumprimento de leis, normas internas e externas, de proteção contra desvios de conduta e de preservação e geração de valor econômico.*” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Compliance à luz da governança corporativa**. São Paulo, SP: IBGC, 2017. p. 11.)

⁶ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Governança Corporativa para fins de solvência das operadoras**. Rio de Janeiro, 2019. p. 10. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/garantias_financeiras/total_manual_governanca.pdf. Acesso em 5 set. 2019.

evento incerto, positivo ou negativo, nas metas de determinada organização, que possa afetar seus objetivos estratégicos, sendo expresso, muitas vezes, pela combinação entre consequência e probabilidade.

Sendo o risco inerente a qualquer atividade – e impossível de eliminar –, a sua administração é um elemento-chave para a sobrevivência das companhias e demais entidades. É dessa forma que as atividades de gerenciamento de riscos corporativos devem ser encaradas. Elas precisam contribuir para a longevidade da organização e para a consecução de seus objetivos estatutários e estratégicos.⁷

A Gestão de Riscos, tal como descrita na ISO 31000:2018⁸, é um elemento chave para o sucesso de qualquer negócio. Ela cria e agrega valor quando, sistemática, estruturada, personalizada, dinâmica e baseada em dados históricos e atuais, passa a fazer parte dos processos corporativos e das tomadas de decisões, considerando fatores humanos e culturais, proporcionando a melhoria contínua das ferramentas de controle, aperfeiçoando os padrões de governança e reagindo a mudanças de cenários.

De acordo com a referida norma, o processo de Gestão de Riscos passa pela análise do contexto institucional e organizacional, identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos, registro e relato.

A comunicação exerce papel fundamental nesse processo, haja vista a necessidade premente de conscientização de todos os envolvidos acerca dos riscos a que a organização está sujeita. Por fim, o monitoramento periódico e a análise crítica de

⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Gerenciamento de riscos corporativos: evolução em governança e estratégia**. São Paulo, SP: IBGC, 2017. p. 11.

⁸ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 31000:2018**. Gestão De Riscos – Diretrizes. 2. ed. Rio de Janeiro, 2018.

eventuais ocorrências visam identificar *gaps* no processo de Gestão de Riscos.

Para fins do presente estudo, importa salientar desde logo, classificar-se-ão os riscos, de acordo com a sua natureza, como estratégicos, operacionais e financeiros, seguindo sugestão proposta pelo IBGC.⁹

Os Riscos Estratégicos são aqueles relacionados à tomada de decisões do órgão diretivo e da alta direção (C-Level), que afetam seus objetivos a curto, médio e longo prazo. Os Riscos Operacionais estão associados a deficiências ou inadequação de processos próprios, pessoas e sistemas ou relacionados a terceiros, como desastres naturais, fraudes, etc. Os Riscos Financeiros, por sua vez, dizem respeito às operações financeiras, ou seja, estão associados a administração dos fluxos de caixa, captação e aplicação de recursos.

Destaque-se que o apetite¹⁰ (elemento subjetivo) e a tolerância¹¹ (elemento objetivo) aos riscos, de cada organização, são bastante particulares, estão diretamente ligados à sua cultura, processos corporativos e capacidade econômico-financeira, de modo que é fundamental que todos os stakeholders entendam quais são as ameaças inerentes às atividades desempenhadas, quais

⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Guia de orientação para o gerenciamento de riscos corporativos**. Coordenação: Eduarda La Rocque. São Paulo, SP: IBGC, 2007. p. 18-19.

¹⁰ “O *apetite ao risco* está associado ao nível de risco que a organização está disposta a aceitar na busca e na realização de sua missão. Ele deve ser estabelecido pelo conselho de administração (CA) (ou pelos sócios, caso a organização não possua conselho), levando em conta o melhor interesse da organização, e serve como ponto de referência para a fixação de estratégias e para a escolha dos objetivos relacionados a essas estratégias.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Gerenciamento de riscos corporativos: evolução em governança e estratégia**. São Paulo, SP: IBGC, 2017. p. 15).

¹¹ “A *tolerância ao risco* pode ser vista como a variação aceitável em torno dos limites estabelecidos. Dentro dos riscos e exposições aceitáveis, os limites de tolerância são ‘gatilhos’ para atuação do conselho de administração. Indicadores de riscos e indicadores da efetividade dos *hedges* devem ser acompanhados pelo conselho de administração” (ROSS, et al. **Administração Financeira**. Porto Alegre: Grupo AMGH, 2015. p. 924).

são os controles existentes para mitigá-las e quais são os impactos no caso de eventual ocorrência.

Isso só é possível caso se adote um sistema com três linhas de defesa¹² no qual continuamente se identifique e classifique os riscos a que a organização está exposta e se aprimorem os controles e ferramentas de gestão, haja vista que o cenário é dinâmico e muda constantemente, seja em razão de influências e fatores internos e/ou externos.

Neste modelo, a Primeira Linha de Defesa é composta pela unidade de negócio, que melhor identifica quais são os riscos inerentes à atividade desempenhada pois está em contato com estes diariamente. Além disso, os profissionais que compõem essa linha de defesa são os responsáveis por criar e manter os controles e implementar as políticas e procedimentos internos que visam mitigar estas ameaças.¹³

A Segunda Linha de Defesa é composta por funções de apoio, orientação e monitoramento dos controles, políticas e procedimentos adotados pela primeira linha, examinando sua adequação e eficácia. Identificando mudanças no apetite implícito ao risco, fornecendo orientação e treinamento e auxiliando o desenvolvimento de KPI's (*key performance indicators*) e

¹² THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS. **Declaração de Posicionamento do IIA:** As três linhas de defesa no gerenciamento eficaz de riscos e controles. Janeiro 2013. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/empresas-estatais/palestras-e-apresentacoes/2-complemento-papeis-das-areas-de-gestao-de-riscos-controles-internos-e-auditoria-interna.pdf>. Acesso em 05 set. 2019.

¹³ “Operational managers develop and implement the organization’s control and risk management processes. These include internal control processes designed to identify and assess significant risks, execute activities as intended, highlight inadequate processes, address control breakdowns, and communicate to key stakeholders of the activity. Operational managers must be adequately skilled to perform these tasks within their area of operations.” (ANDERSON, Douglas J.; EUBANKS, Gina. **Leveraging COSO across the three lines of defense.** COSO, 2015. Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-2015-3LOD.pdf>. Acesso em 11 set. 2019).

de reportes para o órgão diretivo e a alta direção. É onde se insere a função *Compliance*.

Por fim, a Terceira Linha de Defesa é independente, e tem por objetivo aferir a eficácia e confiabilidade das duas primeiras linhas de defesa, e a conformidade dos controles adotados com normas, procedimentos e contratos. É composta, basicamente, pela auditoria interna, e deve ter uma linha de reporte direta ao órgão máximo de gestão da organização, conforme demonstrado no item anterior, seguindo as melhores práticas de governança corporativa.

Figura 2 – Modelo de Três Linhas de Defesa, proposto pela FERMA (*Federation of European Risk Assessment Associations*) e ECIIA (*European Confederation of Institutes of Internal Auditing*)



Adaptação da *Guidance on the 8th EU Company Law Directive* da ECIIA/FERMA, artigo 41

Fonte: *THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS. Declaração de Posicionamento do IIA: As três linhas de defesa no gerenciamento eficaz de riscos e controles.* Janeiro 2013. p. 2. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/empresas-estatais/palestras-e-apresentacoes/2-complemento-papeis-das-areas-de-gestao-de-riscos-controles-internos-e-auditoria-interna.pdf>.

No que concerne a adoção de práticas de Gestão de Riscos:

A ANS entende que é necessário o amadurecimento gradual do processo de gestão de

riscos e controle interno das operadoras. Por esse motivo, a RN nº 443/19 é pautada pelo gradualismo e previsibilidade, compreendendo-se que as operadoras passarão por uma adaptação de suas estruturas e cultura internas.¹⁴

De todo modo, conforme restará mais explicitado a seguir, isso não significa necessariamente que o prazo para adequação à norma é suficiente para que todas as Operadoras de Planos de Saúde tenham implementado um efetivo Sistema de Gestão de Riscos, pois para aquelas que estão na “estaca zero”, será necessário passar por um amplo processo de reestruturação organizacional e, principalmente, de mudança de cultura, a menos que estejam inclinadas à tão somente cumprir com a nova regulamentação.

2.3 Controles Internos

Conforme proposto pelo *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO), o controle interno é parte integrante do gerenciamento de riscos corporativos¹⁵, definido como:

(...) um processo conduzido pela estrutura de governança, administração e outros profissionais da entidade, e desenvolvido para proporcionar segurança razoável com respeito à realização dos

¹⁴ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Governança Corporativa para fins de solvência das operadoras**. Rio de Janeiro, 2019. p. 5. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/garantias_financeiras/total_manual_governanca.pdf. Acesso em 5 set. 2019.

¹⁵ “Um ambiente de controles internos eficaz ajuda os gestores a modelar as atividades de transação de processos e de gestão de riscos (inclusive o risco de não conformidade).” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Compliance à luz da governança corporativa**. São Paulo, SP: IBGC, 2017. p. 26).

objetivos relacionados a operações, divulgação e conformidade.¹⁶

De acordo com Marcos Assi, um bom sistema de controles internos deve preocupar-se com a integridade dos processos internos por meio da segregação de funções e responsabilidades, implementação de políticas de alçada e de processos de autorizações, aprovações, armazenamento de arquivos, modelos de relatórios, com o controle físico dos bens e direito.¹⁷

Por essa razão, faz todo sentido afirmar que os controles internos estão diretamente relacionados à eficácia e eficiência das operações, às divulgações financeiras e não-financeiras e ao cumprimento de normas às quais a organização está submetida.

Segundo o COSO, o sistema de controles internos é composto por cinco componentes integrados, quais sejam:

- (i) Ambiente de controle, consistente na estrutura organizacional e operacional e nos valores éticos da organização;
- (ii) Avaliação de riscos, ou seja, o processo que reconhece e mensura as ameaças aos objetivos da organização;
- (iii) Atividades de controle, que são as ações estabelecidas nas políticas e procedimentos, desempenhadas em todos os níveis da

¹⁶ “Essa definição é intencionalmente abrangente. Ela captura conceitos importantes que são fundamentais para a forma como as organizações desenvolvem, implementam e conduzem o controle interno, proporcionando uma base para aplicação a todas as organizações que operam em diferentes estruturas de entidades, indústrias e regiões geográficas”. (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION. **Controle Interno – Estrutura Integrada**. Sumário Executivo. COSO, 2013. Disponível em: http://www.auditoria.mpu.mp.br/bases/legislacao/COSO-1-ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf. Acesso em 11 set. 2019).

¹⁷ ASSI, Marcos. **Gestão de Compliance e seus desafios**. São Paulo: Saint Paul Editor, 2013. p. 43.

- organização e que visam garantir o cumprimento das orientações do órgão diretivo e da alta administração para mitigar os riscos;
- (iv) Informação e comunicação, isto é, transmitir para todos os níveis da organização, e também para o público externo, quando necessário, relevantes e claras informações sobre o ambiente e as atividades de controle e, conseqüentemente, sobre os riscos;
 - (v) Atividades de monitoramento, que se traduzem na avaliação contínua acerca da existência e eficiência dos componentes anteriores pelo órgão diretivo;

Seguindo as orientações da ISO 37001:2017, é possível classificar os controles como financeiros e não-financeiros, sendo que:

Controles financeiros são sistemas de gestão e processos implementados pela organização para gerenciar adequadamente suas transações financeiras e registrar estas transações precisamente e em tempo hábil.

(...)

Controles não financeiros são sistemas de gestão e processos implementados pela organização para ajudar a assegurar que as compras, o operacional, o comercial e outros aspectos não financeiros de suas atividades têm sido gerenciados adequadamente.¹⁸

Conforme restará demonstrado a seguir, “*são necessários controles eficazes para assegurar que as obrigações de compliance da*

¹⁸ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 37001:2017**. Sistema de gestão antissuborno – requisitos com orientações para uso. Rio de Janeiro, 2017. p. 38-39.

*organização sejam atendidas e que o não cumprimento seja impedido, detectado e corrigido”.*¹⁹

2.4 Compliance

Compliance, em sua concepção mais moderna, diz respeito à adesão às leis e normas a que uma organização está submetida, internas e externas, por meio do enraizamento de uma cultura ética e de respeito aos controles internos, estabelecendo mecanismos que visem mitigar riscos de estratégicos, operacionais e financeiros, tudo em consonância com o seu modelo de negócios, planejamento estratégico e complexidade do ambiente institucional.²⁰

¹⁹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 19600:2014**. Sistema de gestão de compliance. Rio de Janeiro, 2016. p. 23.

²⁰ “No mundo corporativo, *Compliance* está ligado a estar em conformidade com as leis e regulamentos internos e externos à organização. E, cada vez mais, o *Compliance* vai além dos simples atendimento à legislação, busca consonância com os princípios da empresa, alcançando a ética, a moral, a honestidade e a transparência, não só na condução dos negócios, mas em todas as atitudes das pessoas.” (GIOVANINI, Wagner. **Compliance**: a excelência na prática. São Paulo: 2014; p. 20). “(...) *Compliance* tem a missão de assegurar que os controles internos da empresa, funcionem de forma sistemática, buscando a redução dos riscos com base no modelo de negócios e a complexidade dos mesmos. Também deve disseminar a cultura de controles internos em toda organização de forma a assegurar o cumprimento das leis, normas, regulamentos internos e externos existentes.” (LAMBOY, et al. Introdução geral em Compliance e Programa de Compliance. **Manual de Compliance**. Organizador Christian Karl de Lamboy. São Paulo: Instituto ARC, 2017. p. 9.)

Figura 3 – Conceito moderno de *Compliance*



Reforçando este entendimento, é possível dizer que o *Compliance* tem duas funções: (i) a de promoção de uma cultura positiva, visando fortalecer a confiança de colaboradores, consumidores, fornecedores, parceiros de negócio, mídia e demais stakeholders, visando potencializar seus resultados operacionais e financeiros e aumentar sua atratividade para investimentos; e (ii) a de proteção contra riscos e situações que abalem sua imagem.²¹

Assim, seguindo as melhores práticas, o *Compliance* deve ser encarado de forma multidisciplinar, pois está relacionado ao cumprimento e aderência às leis e regulamentos internos e externos, ao incentivo a criação e ao respeito à normas de conduta, procedimentos e controles internos, a implementação de sistemas de informação, planos de contingência, comunicação e treinamento, aos reportes ao órgão diretivo e à alta direção e, por fim, ao monitoramento constante de todo esse mecanismo.²²

Por essa razão, é importante conceber o *Compliance*, sob o ponto de vista operacional, como um Sistema de Gestão²³, ou seja, inseri-lo na organização como um novo

²¹ VERÍSSIMO, Carla. *Compliance*: incentivo à adoção de medidas anticorrupção. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 95-96.

²² ASSI, Marcos. *Gestão de Compliance e seus desafios*. São Paulo: Saint Paul Editora, 2013. p. 51-53.

²³ Cabe destacar que não se pretende no presente estudo debater terminologia, esclarecendo-se desde logo que adotar-se-á daqui em diante a expressão Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno assim como empregado nas normas

processo, fazendo interface com as demais áreas e visando a melhoria contínua.

Nessa perspectiva, entende-se que para aquelas organizações que atuam em ambientes institucionais de intensa regulação e que já possuam ou pretendam postular alguma certificação de seus Sistemas (tais como o de Gestão da Qualidade, de Gestão Ambiental e/ou de Gestão de Segurança da Informação, por exemplo), seja interessante adotar as diretrizes da ISO 19600:2014 (Sistema de Gestão de *Compliance* – Diretrizes) e os requisitos da 37001:2017 (Sistema de Gestão Antissuborno – Requisitos).²⁴

Deste modo, é altamente recomendável que o Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno seja engendrado de modo a:

- (i) Compreender e se adaptar ao contexto no qual a organização está inserido, determinando seu escopo de maneira a considerar os fundamentos subjetivos e objetivos dos ambientes institucional e organizacional e os

ISO 19600:2014 e ISO 37001:2017. Dessa forma, entende-se que desde que respeitadas as mesmas diretrizes previstas nessa norma, Sistema de Gestão de *Compliance* pode ser entendido também como Programa de *Compliance* ou Programa de Integridade.

²⁴ “São centenas as normas certificadoras. No entanto, as mais conhecidas e aceitas pelas empresas e pela sociedade são as da série ISO – International Organization for Standardization (Organização Internacional de Normalização). Aplicadas em quase 160 países, os selos ISO certifica mais de um milhão de companhias no mundo que procuraram a avaliação e a normatização de seus procedimentos e produtos, de processos de gestão ou de segurança ambiental” (ANTONIK, Luís Roberto. **Compliance, ética, responsabilidade social e empresarial: uma visão prática**. Rio de Janeiro, RJ: Alta Books, 2016. p. 195). No mesmo sentido: “(...) alinhar a abordagem adotada por uma organização a padrões internacionais contribui para se assegurar que o devido foco está sendo dado àquilo que é considerado mais relevante.” (MEIRA, Rogério Campos. O significado e os benefícios da Certificação de um Sistema de Gestão de Compliance e Antissuborno com base nas normas ISO 19600 e ISO 37001. **Manual de Compliance**. Organizador Christian Karl de Lamboy. São Paulo: Instituto ARC, 2017. p. 890-891).

princípios de boa governança, de conformidade com o expressado na figura a seguir:

Figura 4 – Contexto da Organização (Fundamentos Subjetivos e Objetivos do Ambiente Institucional e Organizacional)



- (ii) Identificar as obrigações de *Compliance*, entendidas como os requisitos (leis, normas, regulamentos, entendimentos jurisprudenciais consolidados, tratados) e os comprometimentos (acordos firmados, premissas organizacionais tais como políticas e procedimentos internos) aos quais a organização está submetida e manter um processo de monitoramento e atualização contínuos;
- (iii) Reconhecer, analisar e avaliar os riscos de *compliance* e suborno relacionados aos processos e obrigações da organização e planejar ações para mitiga-los;
- (iv) Certificar e comunicar o apoio e comprometimento da liderança, compreendidos aqui o órgão diretivo e a alta direção por meio da alocação de recursos suficientes para desenvolver, implementar,

- avaliar, preservar e aperfeiçoar uma cultura sólida de compliance antissuborno;
- (v) Estabelecer e documentar Políticas de *Compliance* e Antissuborno, submeter à aprovação prévia da alta direção e estipular objetivos de compliance e antissuborno e um planejamento para atingi-los, retendo informação documentada controlada;
 - (vi) Atribuir responsabilidades a gestores e colaboradores de todos os níveis, criando uma função específica de *compliance* antissuborno com competência, autoridade, independência e acesso direto e imediato ao órgão diretivo e à alta direção;
 - (vii) Implementar procedimentos de contratação de pessoal (*due diligence* em pessoas) de modo a preservar a organização e mitigar riscos de *compliance* e suborno;
 - (viii) Prover treinamentos e ações de conscientização e comunicação internas e externas, adequados ao público alvo;
 - (ix) Idealizar, executar e monitorar os processos necessários para atender às obrigações de *compliance* e antissuborno e instaurar controles financeiros e não-financeiros eficazes para assegurar que essas serão atendidas, inclusive junto às organizações controladas e parceiros de negócio, os quais devem se comprometer em prevenir o suborno;
 - (x) Instituir processos de *due diligence* e de prevenção a oferta, fornecimento ou aceitação de presentes, hospitalidade, doações e benefícios que possam ser percebidos como suborno;
 - (xi) Assegurar a existência e o bom funcionamento de canais que permitam que de forma anônima seus usuários façam relatos de não-conformidades, preocupações e desvios de

- conduta, incentivar sua utilização de boa-fé e coibir qualquer tipo de retaliação àqueles que os utilizarem de maneira correta;
- (xii) Dar autonomia para que os responsáveis possam conduzir uma apuração apropriada dos relatos, respeitando a confidencialidade deste processo, do seu início ao fim;
 - (xiii) Permitir que seu desempenho seja monitorado e avaliado, por meio da realização de auditorias periódicas, com o desenvolvimento de indicadores e a submissão de relatórios para análises críticas pelo órgão diretivo e alta direção;
 - (xiv) Estipular procedimentos para reagir a não-conformidades, avaliando e implementando, quando necessário, as ações corretivas apropriadas, de modo a permitir que todas as informações coletadas sejam analisadas e usadas para identificar oportunidades de melhorias.

De maneira resumida e ilustrativa, é possível dizer que um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno planejado com base nos pilares mencionados acima está fundamentado em duas trilógias.

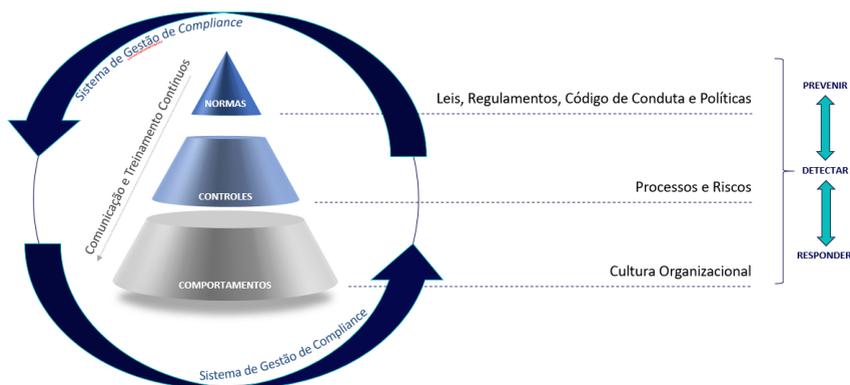
A primeira, diz respeito às normas, controles e comportamentos. Ou seja, com a adoção de um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno visa-se estabelecer uma cultura de respeito às leis e regulamentos e de adoção de processos e controles internos, com o objetivo de mitigar riscos e prevenir, detectar e responder a não conformidades e a comportamentos condenáveis.

Assim, resta claro que além da implementação de normas e controles é fundamental que o Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno seja concebido de acordo com a realidade das organizações e visando efetivamente coibir condutas ilícitas, fraudulentas ou não conformes que possam ocorrer em

virtude das relações entre indivíduos e/ou com outros stakeholders, no âmbito da empresa e até mesmo fora dela.

E essa ideia é fundamental, pois cabe ressaltar que um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno baseado tão somente na ideia de comando (normas) e controle está fadado ao fracasso.²⁵

Figura 5 – A Primeira Trilogia do *Compliance*



A segunda trilogia, relaciona-se aos níveis estratégico, tático e operacional de uma organização, aos conceitos de “tom do topo” (*tone at the top*), “conduta do meio” (*conduct at the middle*) e *accountability* e das três linhas de defesa, apresentado com mais especificidade no item anterior.

²⁵ “(...) a ênfase excessiva em regras e controles possui ainda outra grande deficiência: ela pode causar efeitos colaterais que tendem, por incrível que pareça, a aumentar o número de transgressões. (...) Diversos estudos demonstram que isso ocorre por duas razões. A primeira é o fomento ao comportamento amoral. Ao retirar a perspectiva moral das decisões, a ênfase no compliance induz as pessoas a (...) adotar a premissa de que ‘tudo o que não for explicitado nas regras será, em tese, permitido’, deixando de se perguntar o que é certo a fazer. (...) O segundo efeito colateral da utilização excessiva de regras e controles é que as pessoas tendem a se ressentir e se rebelar contra as restrições à sua liberdade, aumentando seu desejo de violar as regras.” (SILVEIRA, Alexandre Di Miceli da. **Ética empresarial na prática: soluções para gestão e governança no século XXI**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018. p. 149-150).

O nível estratégico da organização é de onde emana o tom do topo. Espera-se, em um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno, o apoio incondicional e o comprometimento do órgão diretivo e da alta direção, sendo este um fator crítico para o seu sucesso.²⁶ Além disso, adotado o modelo das três linhas de defesa, são os líderes das organizações quem recebem e analisam os relatórios emanados das auditorias interna e externa e os reportes de eventuais desvios de condutas.²⁷

No que diz respeito ao nível tático, é importante ressaltar que as condutas dos gerentes, supervisores e/ou responsáveis por unidades de negócio influenciam diretamente àqueles que estão diretamente abaixo destes no organograma funcional, daí a importância de se monitorar a conduta destes profissionais.²⁸ Ademais, o nível tático está diretamente ligado à segunda linha de defesa, pois são essas funções as responsáveis por monitorar a operação e, principalmente, apoiar as políticas de gestão e monitorar a implementação de controles e processos eficazes para mitigar riscos.

Interessante notar que em recente pesquisa realizada pela *Ethisphere*, nas empresas mais éticas do mundo 68% (sessenta e oito por cento) das dúvidas sobre integridade são submetidas aos superiores imediatos e somente 10% (dez por cento) diretamente ao responsável pela função Compliance.²⁹

²⁶ GIOVANINI, Wagner. **Compliance**: a excelência na prática. São Paulo: 2014; p. 53-54.

²⁷ “*Management also show a meaningful commitment to the Program in order to signal to employees that complaints will be dealt with in a good faith effort to remedy the wrong. This is how employers foster the all important ethical culture and show employees that they need not fear retaliation, regardless of the nature of the misconduct alleged or the individuals implicated.*” (SINGH, Nitish; BUSSEN, Thomas J. **Compliance management**: a how-to guide for executives, lawyers, and other compliance professionals. Santa Barbara, California: Praeger, 2015. p. 76).

²⁸ “*In larger organizations, employees are most often influenced by direct supervisors, rather than high-level managers who only make periodic appearances.*” (Ibidem. p. 81).

²⁹ *ETHISPHERE. Measuring Ethical Culture*: what our data tells us. Disponível em: <https://ethisphere.com/measure-culture-infographic/>. Acesso em 9 set. 2019.

Ainda, no que tange ao nível operacional, o grande desafio do Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno de qualquer organização é “incentivar a conscientização da sua força de trabalho”³⁰, ou seja, conferir um ambiente mais seguro e controlado, menos permissivo e/ou sujeito à não conformidades e desvios de conduta.

Para tanto, é necessário que as ações engajem os colaboradores da base, visando com que estes adquiram um senso de responsabilidade (*accountability*) para com o Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno e ajam de maneira responsável, tendo plena noção de sua responsabilidade como 1ª linha de defesa.³¹

Por fim, é possível incluir um “elemento externo” aos três níveis hierárquicos de uma organização, se consideramos que o Sistema de Gestão de *Compliance*, em ambientes institucionais complexos, como é o caso da saúde (conforme restará demonstrado no Capítulo 3 deste estudo), também deve atingir a terceiros, stakeholders que podem funcionar como agentes criadores ou mitigadores de riscos.

³⁰ GIOVANINI, Wagner. **Compliance**: a excelência na prática. São Paulo: 2014; p. 357. “No mesmo sentido: “Um dos grandes desafios para a implementação dos sistemas de controles internos e até mesmo na função de compliance nas organizações é transmitir a todos os envolvidos nos processos internos da organização o porquê da sua necessidade.” (ASSI, Marcos. **Gestão de Compliance e seus desafios**. São Paulo: Saint Paul Editor, 2013. p. 43).

³¹ “(...) por isso a gestão de compliance nos negócios deve ser bem estruturada e disseminada por um motivo bem simples: a responsabilidade da gestão de compliance é de todos da organização.” (ASSI, Marcos. **Governança, riscos e compliance**. São Paulo: Saint Paul Editora, 2017. p. 41.) Também nesse sentido, a norma ISO 19600:2014, em seu item 5.3.6, dispõe alguns comportamentos esperados dos colaboradores, sendo um bom roteiro a ser seguido.

Figura 6 – A Segunda Trilogia do *Compliance*



Em face do exposto, percebe-se que a concepção e implementação de um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno são complexas e estão diretamente ligadas à governança corporativa da organização, sua estrutura operacional, o ambiente institucional em que está inserida, e seu apetite e tolerância aos riscos.

2.5 Auditoria

A ISO 19011:2018³² e o *Institute of Internal Auditors* (IIA) definem auditoria como um processo sistemático, independente e documentado, com escopo bem definido, para obter evidências objetivas sobre a existência ou conformidade de algo, em confronto com um critério preestabelecido, que visa acrescentar valor, identificar riscos e oportunidades de melhoria nos controles e aprimorar as operações de determinada organização.

Além disso, segundo a norma mencionada, a auditoria está fundamentada em 7 (sete) princípios, quais sejam:

- (i) Integridade, que diz respeito ao desempenho ético do trabalho, de maneira imparcial e sem

³² ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 19011:2018**. Diretrizes para auditoria de sistemas de gestão. 3. ed. Rio de Janeiro, 2018.

- sofrer quaisquer influências sobre o seu julgamento;
- (ii) Apresentação justa, atinente ao reporte exato, preciso, objetivo, tempestivo e completo do que foi constatado durante o processo de auditoria;
 - (iii) Devido cuidado profissional, ou seja, o exercício diligente das tarefas pelos responsáveis;
 - (iv) Confidencialidade, pertinente à segurança da informação e proteção de dados sensíveis e/ou confidenciais;
 - (v) Independência, relacionada à imparcialidade do processo de auditoria e objetividade das suas conclusões;
 - (vi) Abordagem baseada em evidência, isto é, que as conclusões sejam verificáveis;
 - (vii) Abordagem baseada em risco, referente à necessidade que a auditoria considere ameaças e oportunidades.

A auditoria pode ser interna, realizada por uma função própria ou terceirizada, com reporte direto ao órgão diretivo, cujo objetivo é “monitorar, avaliar e realizar recomendações visando aperfeiçoar os controles internos e as normas e procedimentos estabelecidos pelos administradores”³³, ou independente, que tem o propósito de “aumentar o grau de confiança, em razão de sua isenção em relação à organização”³⁴,

³³ “Em caso de terceirização dessa atividade, os serviços de auditoria interna não devem ser exercidos pela mesma empresa que presta serviços de auditoria independente. Porém, os auditores internos podem colaborar, na extensão necessária, com os auditores externos, especialmente na identificação e realização de propostas de melhorias nos controles internos da organização.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5.ed. São Paulo, SP: IBGC, 2015. p. 90).

³⁴ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Compliance à luz da governança corporativa**. São Paulo, SP: IBGC, 2017. p. 29.

quanto às suas práticas contábeis, fatores de risco (sociais, ambientais e de *compliance*), fraudes e atos ilícitos e quanto à eficiência dos seus controles internos.

As auditorias interna e independente desempenham papéis importantes no sistema de governança. Suas atividades são essenciais para a organização, e seus focos são diferentes. As duas são complementares e não excludentes, e uma estrutura robusta de governança deve contar com ambas. Para que a atuação das auditorias interna e independente ajude a organização a construir valor de maneira mais eficaz, recomenda-se que uma considere os trabalhos da outra no desenvolvimento de seu plano de ação.³⁵

Seguindo as melhores práticas de Governança Corporativa e o modelo das três linhas de defesa, espera-se que a auditoria interna não preste serviços de assessoria, contudo, considerando o porte da organização, isso pode vir a ocorrer, o que acaba colocando em xeque a independência e objetividade da função.

As principais responsabilidades da auditoria interna são: (i) avaliar se a organização está apta a identificar e mitigar os riscos a que está submetida e apontar ameaças eventualmente não reconhecidas; (ii) averiguar se os controles internos implementados são eficazes e sugerir melhorias, quando necessário; (iii) analisar se as políticas internas, normas e instrumentos implantados para evitar fraudes estão sendo respeitados; e (iv) examinar se os processos de *Compliance* estão adequados.³⁶

³⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Auditoria interna:** aspectos essenciais para o conselho de administração. São Paulo, SP: IBGC, 2018. p. 10.

³⁶ A auditoria é um dos métodos de avaliação de desempenho de um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno, conforme bem apontam tanto a ISO 19600 como a ISO 37001: “O objetivo da auditoria é fornecer uma garantia razoável ao Órgão Diretivo (se houver) e à Alta Direção de que o sistema de gestão antissuborno foi

No que tange à estrutura de Governança³⁷, a auditoria interna deve:

- (i) estar subordinada ao principal órgão de governança da organização, seja ele o Conselho de Administração ou os Sócios/Investidores, submetendo a este o planejamento anual para sua aprovação, bem como os relatórios para sua análise, atuando, assim, livre da interferência e das pressões de gestores;
- (ii) ser vista como aliada do Comitê de Auditoria, quando este estiver implementado na organização, que além de zelar por sua independência será responsável por supervisionar sua atuação³⁸, e manter bom relacionamento com os demais Comitês existentes;
- (iii) facilitar o acesso do Conselho Fiscal aos relatórios e trabalhos realizados;
- (iv) reportar-se administrativamente à alta direção, interagindo cotidianamente sem perder a independência objetividade;
- (v) atuar em conjunto com a segunda linha de defesa, avaliando a matriz de riscos e testando os controles internos;
- (vi) analisar os trabalhos realizados pela auditoria independente, que auxiliarão no processo de identificação de riscos;

implementado e está funcionando eficazmente, para ajudar a prevenir e detectar o suborno (...)”. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 37001:2017**. Sistema de gestão antissuborno – requisitos com orientações para uso. Rio de Janeiro, 2017). p. 46.

³⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Auditoria interna**: aspectos essenciais para o conselho de administração. São Paulo, SP: IBGC, 2018. p. 25-30.

³⁸ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Orientações sobre comitês de auditoria**: melhores práticas no assessoramento ao conselho de administração. São Paulo, SP: IBGC/IBRACON, 2017.

- (vii) estabelecer uma relação transparente com órgãos reguladores e fiscalizadores, discutindo questões relacionadas aos riscos identificados, às medidas adotadas para mitigá-los e às práticas executadas para satisfazer às suas recomendações.

De outra sorte, a auditoria independente deve ser realizada por equipe qualificada e com experiência comprovada, reportando suas conclusões para o principal órgão de governança. Seu trabalho é avaliar se os controles internos adotados são apropriados e eficientes no que se propõem, se há distorções ou inconsistências materiais relevantes entre as informações financeiras e não financeiras e apresentar recomendações para aperfeiçoamento dos controles internos.³⁹

Em estruturas mais robustas e com maior grau de maturidade de governança⁴⁰ é instaurado um Comitê de Auditoria, órgão de assessoramento ao Conselho de Administração para assuntos relacionados à conformidade, controles internos, riscos, auditoria e demonstrações financeiras, que fornece subsídios para que este atue de forma diligente e preventiva.

³⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5.ed. São Paulo, SP: IBGC, 2015. p. 86-90.

⁴⁰ “Em 2002, na esteira dos escândalos de governança corporativa norte-americanos ocasionados por fraudes contábeis, foi sancionada a Lei Sarbanes-Oxley (SOX). Ela foi a resposta legislativa para proteger os investidores do país e visou a restauração da credibilidade das demonstrações financeiras e confiabilidade das informações divulgadas pelas empresas. (...) A regulamentação brasileira também passou a incluir a obrigatoriedade do comitê de auditoria estatutário para alguns casos. Sua existência é exigida para muitas das instituições financeiras e seguradoras desde 2004 (...). Já para as companhias não financeiras, o funcionamento do comitê de auditoria estatutário foi detalhadamente regulamentado pela Comissão de Valores Mobiliários em 2011.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Orientações sobre comitês de auditoria**: melhores práticas no assessoramento ao conselho de administração. São Paulo, SP: IBGC/IBRACON, 2017 p. 9-16).

Nestes casos, cabe ao Comitê de Auditoria supervisionar os processos de elaboração das demonstrações financeiras e de gerenciamento de riscos, além dos trabalhos da auditoria interna, contratar e acompanhar a auditoria independente e monitorar o funcionamento do Sistema de Gestão de *Compliance*.

Recomenda-se que as organizações estabeleçam um Programa de Auditoria quanto mais complexo for o ambiente institucional no qual estão inseridas, de modo que as avaliações de todos os sistemas de gestão possam inclusive ser conduzidas de maneira combinada.⁴¹

3. DADOS E INDICADORES DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Conforme restará demonstrado a seguir, o ambiente institucional no segmento da saúde é bastante complexo e conta com a participação de diversos stakeholders com interesses antagônicos.

Como o presente estudo pretende estudar o impacto de uma nova regulamentação, a qual introduziu no ordenamento jurídico deveres e obrigações específicas para as operadoras de planos de saúde, é importante ilustrar o atual cenário deste mercado. Os dados e gráficos ora apresentados são oficiais e foram extraídos do website da ANS, estando atualizados até o mês de julho de 2019.

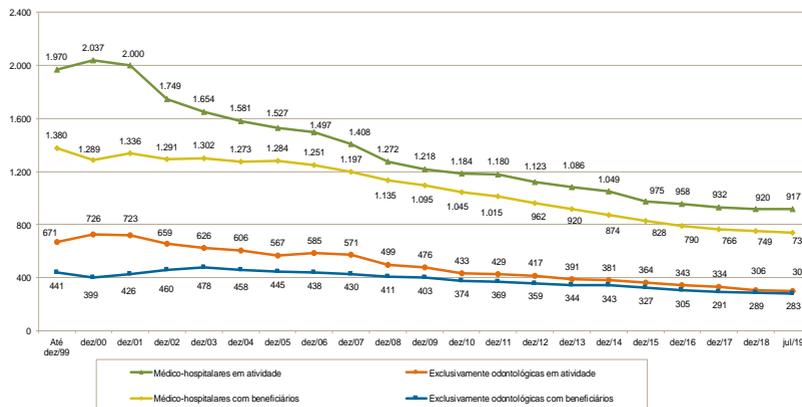
3.1 Operadoras de Planos de Saúde

Atualmente existem 1.219 (mil duzentas e dezenove) operadoras de planos de saúde com cadastro ativo junto a ANS. O gráfico a seguir aponta um decréscimo significativo no

⁴¹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 19011:2018**. Diretrizes para auditoria de sistemas de gestão. 3. ed. Rio de Janeiro, 2018. No mesmo sentido: “(...) *necessitamos de processos de auditoria de gestão que ultrapassem os processos financeiros e contábeis.*” (ASSI, Marcos. **Governança, riscos e compliance**. São Paulo: Saint Paul Editora, 2017. p. 38.)

número de empresas atuantes no segmento desde o início do século XXI.

Figura 7 – Evolução do Número de Operadoras de Planos de Saúde com Cadastro Ativo junto a ANS (dezembro/1999 – julho/2019)



FONTE: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

Ao se fazer uma análise mais profunda do número de operadoras ativas, em conformidade com a classificação proposta pela RN nº 392/2015⁴², tem-se a seguinte distribuição:

⁴² “Art. 4º Para fins desta resolução, define-se: (...) IX – operadora de pequeno porte: as operadoras com número de beneficiários inferior a 20.000 (vinte mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior; X – operadora de médio porte: as operadoras com número de beneficiários entre 20.000 (vinte mil), inclusive, e inferior a 100.000 (cem mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior; e XI – operadora de grande porte: as operadoras com número de beneficiários a partir de 100.000 (cem mil), inclusive, apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.” (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 12 set. 2019).

- (i) 96 (noventa e seis) são de grande porte;
- (ii) 284 (duzentas e oitenta e quatro) são de médio porte;
- (iii) 640 (seiscentas e quarenta) são de pequeno porte;
- (iv) 199 (cento e noventa e nove) são operadoras sem beneficiários ativos.

E, aqui, é importante fazer um parêntese. Segundo dados extraídos dos indicadores da ANS, 138 (cento e trinta e oito) operadoras detêm o percentual significativo de 80% (oitenta por cento) dos beneficiários.

De outra sorte, verificando sua distribuição de acordo com as modalidades das operadoras⁴³, tem-se que:

- (i) 160 (cento e sessenta) são classificadas na modalidade de Autogestão⁴⁴, ou seja, são organizações que operam planos de saúde exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicato ou entidades de classe;
- (ii) 290 (duzentas e noventa) são classificadas como Cooperativas Médicas, sociedade sem fins lucrativos constituídas de acordo com o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de

⁴³ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000**. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 12 set. 2019.

⁴⁴ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 137, de 14 de novembro de 2006**. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 12 set. 2019.

- 1971, que operam planos privados de assistência à saúde;
- (iii) 41 (quarenta e uma) são Entidades Filantrópicas, sem fins lucrativos, com certificado de entidade beneficente de assistência social e declaração de utilidade pública federal, que operam planos de saúde. Essa costuma ser a modalidade das Santas Casas de Misericórdia, associações, hospitais de congregação ou sociedades beneficentes, que revertem o lucro obtido na venda de planos para a manutenção da estrutura hospitalar, pagamento de profissionais e manutenção de atendimentos gratuitos;
 - (iv) 262 (duzentas e sessenta e duas) são classificadas na modalidade de Medicina de Grupo, empresas que comercializam planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas e oferecem ao beneficiário uma estrutura própria (hospitais, laboratórios, clínicas e profissionais médicos) contratada pela própria operadora;
 - (v) 9 (nove) são seguradoras⁴⁵, empresas constituídas especificamente como operadoras de planos de saúde, com vedação estatutária para atuar em outros ramos ou modalidades, que não possuem rede própria e referenciam estabelecimentos e profissionais, permitindo aos beneficiários que escolham serviços não referenciados para serem reembolsados.
 - (vi) 105 (cento e cinco) são Cooperativas Odontológicas, que, assim como as

⁴⁵ BRASIL. **Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10185.htm. Acesso em 12 set. 2019.

cooperativas médicas, são regulamentadas pela Lei nº 5.764/1971;

- (vii) 197 (cento e noventa e sete) são classificadas na modalidade de Odontologia de Grupo, com natureza e atuação semelhantes às empresas de Medicina de Grupo, mas com atuação exclusiva com planos odontológicos;
- (viii) 155 (cento e cinquenta e cinco) são Administradoras de Benefícios⁴⁶, empresas que administram planos financiados por outras operadoras, não assumindo o risco da operação e não possuindo rede própria, credenciada ou referenciada de estabelecimentos e profissionais.

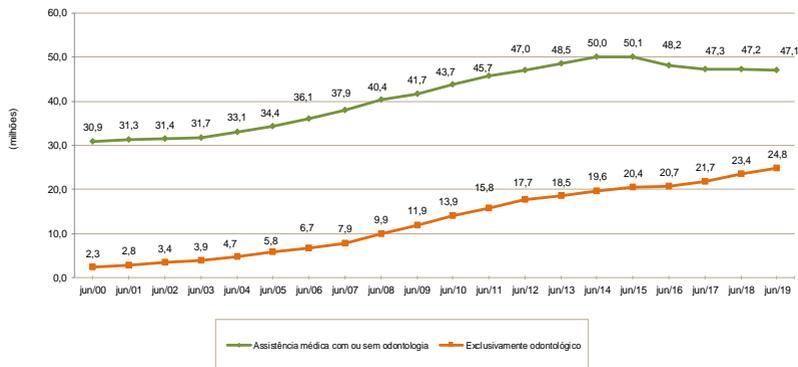
3.2 Beneficiários

Em contraponto ao decrescente número de operadoras de planos de saúde com cadastro ativo e o aumento de usuários no início do novo século, nota-se a manutenção no número de beneficiários nos últimos anos.

O indicador mais atualizado apresenta haverem 47,1 milhões de vínculos com planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, e 24,8 milhões de vínculos com planos exclusivamente odontológicos:

⁴⁶ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 196, de 14 de julho de 2009**. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 12 set. 2019.

Figura 8 – Evolução do Número de Operadoras de Planos de Saúde com Cadastro Ativo junto a ANS (jun/2000 – julho/2019)



FONTE: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

3.3 Demandas junto ao Órgão Regulador

No que concerne às demandas de beneficiários recebidas anualmente pela ANS, sejam pedidos de informação ou reclamações, observa-se uma variabilidade no número total, mas um crescente aumento de resolutividade sem necessidade de instauração de processos administrativos sancionadores⁴⁷, conforme demonstra o gráfico a seguir:

⁴⁷ De conformidade com a RN nº 388/2015, todas as demandas que relatem situações que afetam diretamente os beneficiários do plano de saúde e que tenham como referência temas relacionados ou não à cobertura assistencial são recepcionadas pela ANS e registradas no procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Quando recebida uma demanda a ANS notifica a operadora para que adote as medidas necessárias para solucioná-la nos prazos previstos na referida norma. As demandas que não forem recebidas são encaminhadas aos fiscais do órgão regulador, que poderão lavrar um auto de infração ou instaurar um processo administrativo sancionador. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 388, de 25 de novembro de 2015**. Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 16 set. 2019).

Figura 9 – Demandas recebidas pela ANS e índice de resolutividade (2009-jul/2019)



FONTE: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

4. AMBIENTE INSTITUCIONAL NO SEGMENTO DA SAÚDE

O segmento da saúde possui algumas nuances que o transformam em um dos ambientes institucionais mais propícios à ocorrência fraudes e corrupção. “*A Rede Europeia para a Fraude e Corrupção na Saúde estima que das despesas anuais globais em saúde, que representam cerca de US\$ 5,3 trilhões, aproximadamente US\$ 300 bilhões são perdidos para os erros e a corrupção*”⁴⁸

De acordo com dados oficiais do Departamento de Justiça Norte-Americano (DOJ)⁴⁹, entre 2017 e 2018 foram recuperados por meio de acordos e julgamentos de casos federais de fraudes, US\$ 2,8 bilhões, dos quais o montante de US\$ 2,5 bilhões estava relacionado a participação de atores do setor da saúde em esquemas ilícitos, incluindo fabricantes e distribuidores de dispositivos médicos, *players* da indústria farmacêutica, operadoras de planos de saúde, médicos, hospitais e laboratórios.

No que concerne ao mercado de seguro saúde, um estudo da Fundação Escola Nacional de Seguros (FUNENSEG) datado de 2006 reportou que de 10% (dez por cento) a 15% (quinze por cento) dos reembolsos solicitados são indevidos, de 12 % (doze por cento) a 18% (dezoito por cento) das contas hospitalares apresentam algum tipo de fraude em relação à quantidade ou qualidade de itens utilizados nos procedimentos médicos e de 25% (vinte e cinco por cento) a 40% (quarenta por cento) dos exames laboratoriais não são necessários.⁵⁰

⁴⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal.** Disponível em:

https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1. Acesso em 16 set. 2019.

⁴⁹ UNITED STATES. *Department of Justice. Justice Department Recovers Over \$2.8 Billion from False Claims Act Cases in Fiscal Year 2018.* Disponível em: <https://www.justice.gov/opa/pr/justice-department-recovers-over-28-billion-false-claims-act-cases-fiscal-year-2018>. Acesso em 16 set. 2019.

⁵⁰ MARQUES, Lúcio. **A Fraude no Seguro: Alvos e Formas de Combate.** Estudos Funenseg 10. Rio de Janeiro: Funenseg, 2006. p. 12. Disponível em:

Nesse mesmo sentido, de acordo com recente estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar aproximadamente 19% (dezenove por cento) do total de despesas assistenciais de planos médico-hospitalares são representadas por gastos com fraudes e desperdícios, conforme demonstra a tabela a seguir:

Figura 10 – Estimativa do % de gastos com fraudes e desperdícios em relação a despesas assistenciais

CONTAS HOSPITALARES	2014	2015	2016	2017
GASTOS COM FRAUDES E DESPERDÍCIOS	R\$ 20.198.053.952,68	R\$ 22.494.740.727,90	R\$ 25.500.174.316,83	R\$ 27.788.101.786,12
DESPESAS ASSISTENCIAIS	R\$ 108.198.127.524,90	R\$ 120.480.462.562,70	R\$ 132.711.535.860,54	R\$ 145.431.808.882,29
% DOS GASTOS	18,7%	18,7%	19,2%	19,1%

FONTE: LARA, Natália Cairo. **Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da saúde suplementar – estimativa 2017**. Atualização do TD nº 62-2017. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018. p. 3. Disponível em: <https://www.iess.org.br>. Acesso em 16 set. 2019.

O que ocorre, como restará demonstrado a seguir, é que o paciente é a figura central de uma rede complexa de relacionamentos na qual ações de determinados indivíduos ou empresas podem vir a prejudicar, direta ou indiretamente, outros indivíduos ou empresas.

*“De uma forma geral, a corrupção reduz os recursos disponíveis para a saúde, a qualidade, a equidade e o volume de serviços prestados, além de aumentar o custo (...)”*⁵¹ Em outras palavras, o bem-estar do paciente nem sempre é priorizado como deveria.

http://www.ens.edu.br/arquivos/estudos_funenseg_10_2.pdf. Acesso em 16 set. 2019.

⁵¹ LARA, Natália Cairo. **Textos para Discussão nº 62-2017**: Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil. Coordenação Acadêmica: Antonio Campino. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2017. p. 3. Disponível em: <https://www.iess.org.br>. Acesso em 16 set. 2019.

4.1 A “Tríade da Saúde”

Além das operadoras de planos de saúde, fazem parte desse ambiente institucional as indústrias de dispositivos médicos e farmacêutica, as organizações prestadoras de serviço (clínicas, laboratórios e hospitais) e os profissionais (médicos, dentistas e enfermeiros), todos inseridos em um ecossistema regulatório complexo formado por organismos reguladores (Ministério da Saúde, ANS e ANVISA) e conselhos profissionais (CFM e CFO).

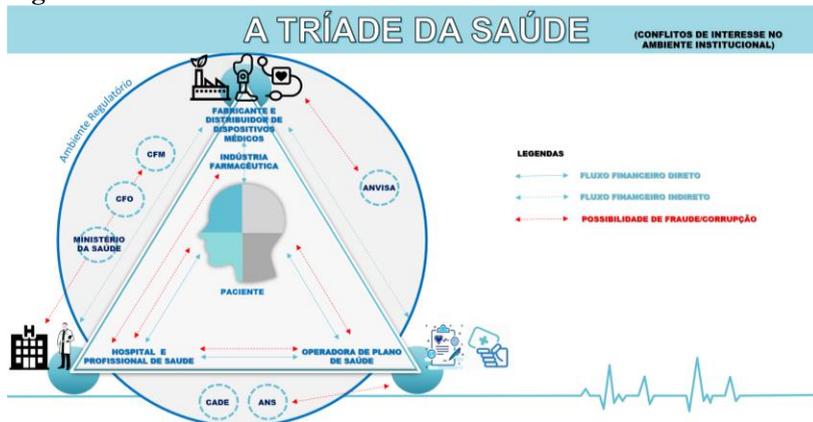
Segundo Teixeira, o mercado de saúde apresenta várias imperfeições entre as quais destacam-se: assimetria de informações consideráveis entre os agentes envolvidos (especialmente na relação médico-paciente), limitação de informações sobre qualidade e preços, práticas de discriminação de preços e presença de externalidades negativas.⁵²

O intrincado ambiente institucional pode ser representado pelo que optou-se chamar de “tríade da saúde”⁵³, podendo ser melhor representado por meio da figura a seguir:

⁵² TEIXEIRA, 2001 apud ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital baseado em risco**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2008. p. 25. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes/O_capital_baseado_em_risco.pdf. Acesso em 16 set. 2019. No mesmo sentido: “*Health systems are particularly susceptible to corruption because uncertainty, asymmetry of information and the large number of actors create systematic opportunities for corruption and hinder transparency and accountability.*” (HUSMANN, Karen. **Addressing corruption in the health sector: securing equitable access to health care for everyone**. Bergen, Norway: CHR Michelsen Institute, 2011. p. 5 Disponível em: <https://www.u4.no/publications/addressing-corruption-in-the-health-sector-securing-equitable-access-to-health-care-for-everyone.pdf>. Acesso em 17 set. 2019).

⁵³ A figura da “tríade da saúde” é uma adaptação do esquema ilustrativo proposto pela Ecorys Nederland B.V. em estudo realizado sobre a corrupção no setor da saúde, adaptado à realidade do ambiente institucional brasileiro. (SLOT et al. **Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector**. Luxembourg:

Figura 11 – A Tríade da Saúde



Nesse cenário, observam-se claros conflitos de interesse, haja vista que:

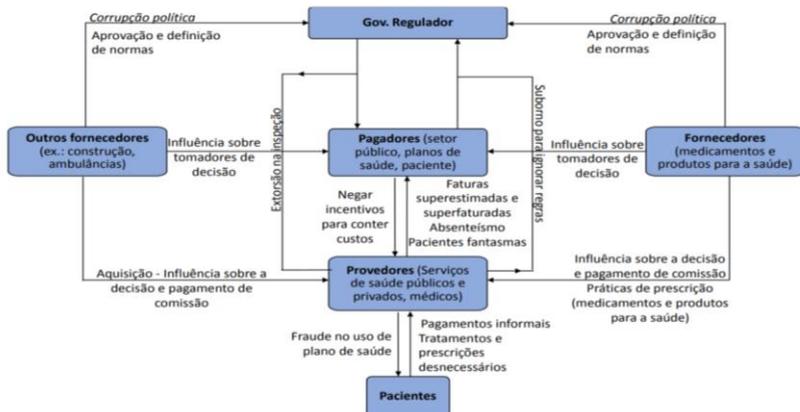
- (i) O paciente, que é quem utiliza os produtos (dispositivos médicos e medicamentos), por vezes não é quem paga e tampouco tem poder de decisão (escolha);
- (ii) O prestador de serviços, que é quem tem o poder de decisão (escolha), não é quem paga e nem quem utiliza os produtos;
- (iii) A operadora de planos de saúde, que é quem paga pelos produtos, não é quem escolhe e nem quem os utiliza.⁵⁴

Para melhor visualizar os conflitos de interesse e como as fraudes podem operar no segmento da saúde, recorre-se ao diagrama proposto por William Savedoff⁵⁵ adaptado pelo IESS:

European Union, 2017. p. 9. Disponível em: <https://ec.europa.eu/>. Acesso em 17 set. 2019).

⁵⁴ ASSIS, Renato. **A vez da saúde na era do compliance**. Portal Direito Diário. Publicado em 23 de abril de 2019. Disponível em: <https://direitodiario.com.br/a-vez-da-saude-na-era-do-compliance/>. Acesso em 16 set. 2019.

Figura 12 – Áreas centrais do Sistema de Saúde e os Riscos de Fraude



FONTE: LARA, Natalia Cairo. **Textos para Discussão nº 62-2017**: Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil. Coordenação Acadêmica: Antonio Campino. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2017. p. 4. Disponível em: <https://www.iess.org.br>. Acesso em 16 set. 2019.

Nesse gráfico, é possível observar um grande número de atores dispersos. Ademais, os organismos reguladores, que deveriam atuar para mitigar os riscos e conter as fraudes no segmento, como se vê, podem acabar tomando decisões influenciados por grupos de interesses com forte poder político, institucionalizando a corrupção.

Diante desse contexto, a atuação dos organismos de classe dos atores que compõem essa tríade na conscientização e repressão a fraudes e desvios de conduta e a implementação de Sistemas de Gestão de *Compliance* e

⁵⁵ SAVEDOFF, William D. **Transparency and Corruption in the Health Sector**: A Conceptual Framework and Ideas for Action in Latin American and the Caribbean. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/>. Acesso em 16 set. 2019.

Anticorrupção efetivos são medidas que visam refrear a ocorrência de desvios de conduta tais quais os descritos a seguir.⁵⁶

4.2 Alguns Potenciais Desvios de Conduta

As circunstâncias mencionadas há pouco permitem identificar alguns potenciais desvios de conduta que podem ocorrer neste complexo ambiente institucional.

Alguns dos exemplos citados a seguir foram extraídos de material produzido pelo IESS⁵⁷, e estão focados majoritariamente em situações envolvendo operadoras de planos de saúde. De todo modo, cumpre salientar que não se trata de um rol exaustivo, haja vista que:

As infrações (fraudes) praticadas no sistema privado de assistência à saúde são tantas quanto a criatividade dos profissionais e dos beneficiários pode inventar, existindo um verdadeiro leque de situações através das quais, utilizando artifícios ardilosos e aproveitando-se de determinadas circunstâncias, aqueles que conseguem burlar o sistema e angariar algum tipo de vantagem econômica em detrimento das operadoras e da

⁵⁶ “*Quanto às fraudes, abusos e desperdícios, deve haver um maior envolvimento da cadeia de prestadores de serviços (hospitais) especialmente o mercado de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), um dos principais propulsores de custos do setor de saúde.*” (FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Desafios da saúde suplementar 2019**. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/publicacoes/guias-cartilhas.html>. Acesso em 16 set. 2019. p. 50).

⁵⁷ “*A fraude e a corrupção geralmente decorrem da ausência ou da ineficiência de controles nas estruturas dos agentes do setor e também podem ser resultantes da percepção de impunidade por parte das pessoas envolvidas, seja porque as condutas não são investigadas com profundidade, ou mesmo percebidas como práticas fraudulentas, seja porque a legislação não prevê as sanções adequadas aos agentes.*” (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil**. São Paulo: novembro, 2018. p. 16-17. Disponível em: http://www.iess.org.br/cms/rep/Arcabouco_Normativo_FINAL.pdf. Acesso em 16 set. 2019).

coletividade de consumidores e profissionais que a compõem.⁵⁸

Cabe esclarecer que não estão relacionados na sequência aqueles desvios de conduta cometidos por gestores ou profissionais de operadoras de planos de saúde⁵⁹ relacionados a:

- (i) Conflitos de interesse na aquisição de produtos e serviços de fornecedores que não fazem parte do ambiente institucional da saúde ou na comercialização dos produtos ofertados pelas operadoras;
- (ii) Esquemas relacionados ao desembolso fraudulento de valores pela operadora, em razão de desvios nos sistemas de faturamento, pagamento e/ou reembolso, e adulteração de documentos financeiros;
- (iii) Roubo/furto de valores em espécie ou por meio de operações financeiras fraudulentas e por meio de operações não registradas nos sistemas financeiros e contábeis da organização;
- (iv) Má-utilização ou roubo/furto de ativos;
- (v) Declarações fraudulentas, relacionadas a sobre ou subavaliação de ativos/receitas e a documentos internos e externos.

Assim, é importante destacar que os desvios de conduta mencionados a seguir dizem respeito tão somente àqueles cometidos por um ou mais atores do ambiente institucional da saúde contra outro(s).

⁵⁸ BERBICZ, Rafael Baggio. **Fraudes em planos de saúde e seus reflexos na manutenção do sistema e beneficiários**. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2007. p. 73.

⁵⁹ Para um melhor entendimento dos tipos de fraudes ocupacionais, recomenda-se consultar o diagrama chamado “Árvore da Fraude”, proposto pela *International Fraud Examiners*.

4.2.1 Cometidos pelo beneficiário do serviço contra a operadora de planos de saúde

É possível citar as seguintes fraudes perpetradas pelo beneficiário do serviço e/ou o profissional médico em prejuízo às operadoras de planos de saúde:

- (i) Fraude na Declaração de Saúde⁶⁰: ocorre quando o beneficiário omite doença preexistente ao preencher referido documento;
- (ii) Fraude no uso do Plano de Saúde: acontece quando o beneficiário permite que um terceiro utilize seus documentos para realizar um procedimento médico;
- (iii) Fraude na criação de empresas: verifica-se quando famílias constituem empresas de fechada com o objetivo de conseguir adesão a um plano coletivo empresarial, com valor mais baixo que os planos individuais.

⁶⁰ A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação de planos privados de assistência à saúde. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 162, de 17 de outubro de 2007**. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 16 set. 2019).

4.2.2 Cometidos pelo prestador do serviço contra a operadora de planos de saúde

Dentre os desvios de conduta que podem ser cometidos pelo prestador do serviço (entidade ou profissional) em detrimento das operadoras de planos de saúde é possível apontar:

- (i) Fraude na determinação da quantidade ou qualidade de materiais: desenrola-se quando o hospital declara que durante o procedimento fora utilizado um número maior de materiais médico-hospitalares do que o efetivamente usado, ou ainda presta uma declaração indevida informando que foram utilizados materiais de melhor qualidade do que aqueles que foram empregados no procedimento;
- (ii) Falsificação de prontuário médico: transcorre quando o responsável pelo preenchimento do documento insere nomes de profissionais que não participaram do procedimento (um ato cirúrgico, por exemplo), visando com que estes sejam remunerados indevidamente ou que uma única pessoa seja dupla e impropriamente gratificada, ou insere falsa informação sobre o procedimento adotado;
- (iii) Fraude na duração da internação: dá-se quando o médico prolonga a internação do paciente sem haver necessidade, visando aumentar o número de diárias para pagamento pelo plano de saúde;
- (iv) Solicitação de exames sem indicação técnica: processa-se quando o profissional solicita indiscriminadamente exames complementares, independente do quadro clínico do paciente, com o intuito de receber honorários complementares.

4.2.3 Cometidos pelo beneficiário e o prestador do serviço contra a operadora de planos de saúde

Os prestadores de serviço, em conjunto com os beneficiários, podem praticar os seguintes atos, prejudiciais às operadoras de planos de saúde:

- (i) Fraude no pedido de reembolso: ocorre quando o prestador de serviços aumenta indevidamente os valores dos serviços para aumentar o valor do reembolso do beneficiário de forma indevida;
- (ii) Fraude no tipo de serviço: acontece quando o profissional, com a concordância do beneficiário, informa serviço diverso do realizado para que este obtenha a cobertura do plano de saúde.

4.2.4 Cometidos pelo prestador de serviços e por fornecedores contra a operadora de planos de saúde

Dentre os desvios de conduta que prestadores de serviços e fornecedores (fabricantes de dispositivos médicos e indústria farmacêutica) podem cometer em conjunto contra as operadoras de planos de saúde é possível citar:

- (i) Direcionamento na compra de produtos: verifica-se quando o médico indica ao paciente que um determinado produto (dispositivo médico ou medicamento) só pode ser adquirido de um fabricante específico, contudo ele recebe parte do valor de forma superfaturada ou um percentual relacionado ao valor total do produto e as despesas acabam suportadas pelo plano de saúde.
- (ii) Fraude na judicialização: desenrola-se quando o prestador de serviços indica ao paciente um tratamento ou medicamento não coberto pelo plano de saúde. Na sequência, um advogado que participa do esquema ajuíza uma demanda pedindo a condenação do plano de saúde ao

pagamento pelo tratamento/medicamento. Tanto o médico como o advogado podem vir a receber comissões dos fornecedores e distribuidores.

4.2.5 Cometidos pelas operadoras de planos de saúde contra os demais atores do segmento

Por fim, cumpre informar que as operadoras não são somente vítimas de fraudes praticadas pelos outros atores no ambiente institucional, mas também podem agir cometendo atos em detrimento dos demais, como nos exemplos a seguir:

- (i) Glosa de pagamentos de maneira injustificada ou discricionária: transcorre quando a operadora de planos de saúde cancela ou recusa, total ou parcialmente, uma conta apresentada por um prestador de serviços, visando exclusivamente reduzir custos com a finalidade de reforçar seu caixa, fortalecendo suas finanças;
- (ii) Atraso intencional no pagamento de contas: dá-se quando, de maneira injustificada ou discricionária, o plano de saúde demora a efetuar o pagamento para o prestador de serviços pelos mesmos motivos mencionados acima;
- (iii) Fraude em licitações: processa-se quando frustra ou frauda o caráter competitivo de um procedimento licitatório público;
- (iv) Conflitos de interesses: ocorre quando da existência de um acionista em comum da operadora de plano de saúde e do hospital, que acaba por utilizar de sua posição privilegiada para beneficiar as operações da operadora.

5. CAPITAL BASEADO EM RISCO E AS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Entendido de maneira mais clara o ambiente institucional da saúde, é importante entender a conjuntura regulatória que está relacionada à edição da Resolução Normativa RN nº 443/2019 antes de adentrar em sua análise propriamente dita.

Para tanto, examinar-se-á, primeiramente, o atual conceito de capital regulatório, segundo as normas vigentes da ANS, e, na sequência, o novo paradigma proposto pelo organismo regulador, baseado no conceito de “capital baseado em risco” e que está diretamente ligado à Resolução Normativa RN nº 443/2019, tendo sido mencionado em seu Anexo I-B.

5.1 O Capital Regulatório segundo as Normas Vigentes

De acordo com as Resoluções Normativas RN nº 209/2009⁶¹ e RN nº 393/2015⁶², atualmente vigentes, os requerimentos mínimos de capital regulatório exigidos das operadoras, para que estas possam operar no mercado de saúde suplementar, estão separados em dois níveis.

O primeiro nível, está relacionado à Manutenção das Garantias Financeiras. Estas são compostas por:

- (i) Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA), representado pelo valor mínimo de patrimônio

⁶¹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 17 set. 2019.

⁶² BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 17 set. 2019.

- líquido ou patrimônio social da OPS, ajustado por efeitos econômicos, calculado a partir da multiplicação do fator “K”, próprio para cada modalidade de operadora pelo capital base de R\$ 5.001.789,60 (cinco milhões, mil setecentos e oitenta e nove reais e sessenta centavos); e
- (ii) Margem de Solvência (MS), que corresponde à disponibilidade líquida da operadora de planos de saúde, variável mensalmente e apurada com base em um critério previsto na RN nº 209/2009.

O segundo nível está relacionado às Provisões Técnicas, isto é, aos valores presentes alocados no passivo para cobrir os valores relativos às obrigações futuras, composto por:

- (i) Eventos/sinistros a liquidar, destinados à cobertura dos eventos ou sinistros já conhecidos, mas não liquidados;
- (ii) Eventos/Sinistros ocorridos e não avisados, relacionados aos eventos que já ocorreram, mas que ainda não foram avisados à operadora de planos de saúde;
- (iii) Obrigações contratuais de remissão das contraprestações/prêmios, relativas àqueles casos nos quais o titular venha a falecer e os dependentes permanecem no plano por um prazo definido sem o pagamento de prêmios;
- (iv) Contraprestações/Prêmios não ganhos, a qual é constituída diariamente, a partir do início da vigência, para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer, revertida mensalmente, no último dia do mês, com relação ao risco decorrido, para registrar a receita de prêmio ou contraprestação ganha;
- (v) Insuficiência de Prêmios, ou seja, referente à insuficiência de contraprestação projetada para cobrir as despesas assistenciais futuras;

- (vi) Outras, necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, tais como despesas administrativas.

Ocorre que a nova regulamentação (RN nº 443/2019), que será analisada mais a fundo no capítulo seguinte, tem por objetivo final a solvência das operadoras de planos de saúde, alvo também da ANS em outra proposta de Resolução Normativa⁶³, a qual disciplina novos critérios para definição do capital regulatório das organizações atuantes neste mercado, introduzindo o conceito de capital baseado em risco e visando adotar este parâmetro para todas as OPS a partir de 2023.

5.2 O Capital Baseado em Risco

Os critérios para aferição do capital regulatório mínimo no modelo atual proposto pela ANS já vinham sendo questionados há algum tempo, muito antes da proposição da nova Resolução Normativa pelo organismo regulador.

Isso porque um estudo realizado a partir de uma amostra composta por 578 (quinhentas e setenta e oito) operadoras de saúde das modalidades Cooperativas Médicas e Medicina de Grupo mostrou que 30 (trinta) destas, o equivalente a 5% (cinco por cento) do total avaliado, as quais estariam enquadradas nos critérios propostos pelas normas vigentes, deixariam de estar autorizadas a atuar neste mercado se fosse utilizado o conceito de capital baseado em risco.⁶⁴

⁶³ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Consulta Pública nº 73** – Proposta de Resolução Normativa que disciplina os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-73-proposta-de-resolucao-normativa-que-disciplina-os-criterios-para-definicao-do-capital-regulatorio-das-operadoras-de-planos-de-assistencia-a-saude>. Acesso em 18 set. 2019.

⁶⁴ SILVA, Adriana Barbosa Sousa. **Capital Baseado em Risco no Mercado de Saúde Suplementar do Brasil**: análise de impacto se adotado o modelo

Cabe destacar que tal modelo já é adotado pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). Conforme dispõe a Resolução CNSP nº 321/2015⁶⁵, em seu Art. 65, III, o Capital Mínimo Requerido para operar neste segmento é o equivalente ao maior valor entre o capital base (composto pelo somatório da parcela fixa correspondente à autorização para atuar em seguros ou previdência complementar, calculado com a parcela variável para operação em cada uma das regiões do país), e o capital de risco (montante variável que deve garantir os riscos do negócio, considerando os riscos de subscrição, de crédito, operacional e de mercado). Significa dizer que as empresas que atuam naquele segmento têm de manter um robusto sistema de gestão no qual mantêm monitorados todos os riscos do negócio.

Assim, segundo o modelo proposto pela ANS na nova proposta de Resolução Normativa, para operar no segmento de assistência à saúde as operadoras deverão manter um patrimônio líquido ajustado igual ou superior ao capital regulatório apurado, considerando este como:

- (i) O maior valor entre o capital base ou a margem de solvência, até dezembro de 2022, não havendo alteração em relação à RN nº 209/2009;
- (ii) O maior valor entre o capital base ou o capital baseado em riscos, a partir de janeiro de 2023

praticado no mercado de seguros. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

⁶⁵ BRASIL. Ministério da Fazenda. Conselho Nacional de Seguros Privados. **Resolução CNSP nº 321, de 2015**. Dispõe sobre provisões técnicas, ativos redutores da necessidade de cobertura das provisões técnicas, capital de risco baseado nos riscos de subscrição, de crédito, operacional e de mercado, patrimônio líquido ajustado, capital mínimo requerido, plano de regularização de solvência, limites de retenção, critérios para a realização de investimentos, normas contábeis, auditoria contábil e auditoria atuarial independentes e Comitê de Auditoria referentes a seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores. Disponível em: <http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-mercado/solvencia/capital-minimo-requerido>. Acesso em 18 set. 2019.

(ou antes para aquelas operadoras que optarem pela utilização antecipada desta metodologia de cálculo).

Deste modo, segundo a nova proposta do organismo regulador, o capital baseado em risco caracteriza-se como:

(...) regra de capital que define montante variável a ser observado pelas operadoras em função de fatores pré-determinados por modelo padrão estabelecido pela ANS ou por modelo próprio desenvolvido pelas operadoras e aprovado pela ANS, que considere os diferentes riscos envolvidos nas atividade relacionadas à operação de planos de saúde, em especial o risco de subscrição, o risco de crédito, o risco de mercado, o risco legal e o risco operacional.⁶⁶

Sob essa perspectiva, a ANS preocupou-se em estabelecer um modelo padrão para cálculo do capital baseado em risco, o qual, por ser bastante técnico e complexo não será analisado no presente estudo. Tal padrão poderá ser seguido pelas operadoras, as quais também poderão desenvolver seus próprios modelos, desde que aprovados pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), órgão incumbido de planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades e autorização de funcionamento e pelo acompanhamento econômico-financeiro dos entes regulados.

O que importa destacar, sob a perspectiva desta nova proposta, é que, quando aprovada, a norma forçará todas as

⁶⁶ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Consulta Pública nº 73** – Proposta de Resolução Normativa que disciplina os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-73-proposta-de-resolucao-normativa-que-disciplina-os-criterios-para-definicao-do-capital-regulatorio-das-operadoras-de-planos-de-assistencia-a-saude>. Acesso em 18 set. 2019.

empresas a adotarem metodologias para monitorar os riscos relacionados ao seu negócio, que segundo o organismo regulador estão classificados em:

(...) Art 2º Para efeitos desta RN, considera-se:

V – Risco de Subscrição: risco oriundo de uma situação econômica adversa que contraria as expectativas da operadora no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas; envolve, também, a probabilidade dos eventos a serem pagos pela operadora, em um período futuro, serem maiores que o montante de contraprestações a ser recebido;

VI – Risco de Crédito: medida de incerteza relacionada à probabilidade da contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos financeiros;

VII – Risco de Mercado: medida de incerteza relacionada aos retornos esperados de seus ativos e passivos em decorrência de variações em fatores como taxas de juros, taxas de câmbios, índices de inflação, preços de imóveis e cotações de ações;

VIII – Risco Legal: medida de incerteza relacionada aos retornos de uma operadora por falta de um completo embasamento legal de suas operações; é o risco de não-cumprimento de leis, regras, regulamentações, acordos, práticas vigentes ou padrões éticos aplicáveis, considerando, inclusive, o risco de que a natureza do produto/serviço prestado possa tornar a instituição particularmente vulnerável a litígios;

IX – Risco Operacional: compreende os demais riscos enfrentados pela operadora, relacionados aos procedimentos internos, tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas.⁶⁷

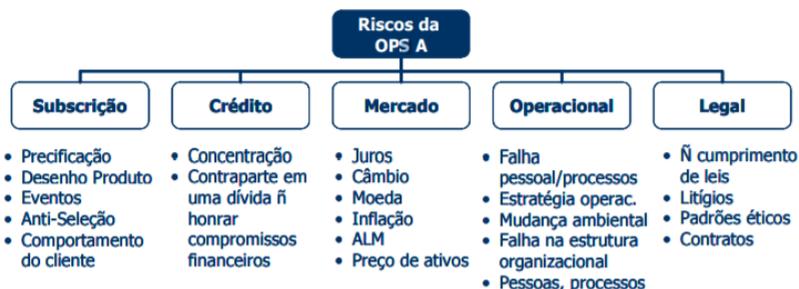
⁶⁷ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Consulta Pública nº 73** – Proposta de Resolução Normativa que disciplina os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível

Em resumo, pode-se dizer que:

- (i) Risco de Subscrição diz respeito à possibilidade de que as provisões técnicas constituídas pela operadora sejam menores do que os valores a serem recebidos no futuro;
- (ii) Risco de Crédito está relacionado à incerteza de perda decorrente da incapacidade ou não pagamento de uma obrigação por parte que se relaciona com a operadora;
- (iii) Risco de Mercado está pautado no impacto de potenciais mudanças no cenário político e econômico;
- (iv) Risco Legal é aquele atinente ao (des)cumprimento das normas e/ou de contratos, estando vinculado também a questões tributárias.
- (v) Risco Operacional está associado às pessoas (incompetência e fraude), aos processos (ineficiências, falhas na execução e/ou no fluxo de informações) e aos sistemas (questões tecnológicas).

em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-n-73-proposta-de-resolucao-normativa-que-disciplina-os-criterios-para-definicao-do-capital-regulatorio-das-operadoras-de-planos-de-assistencia-a-saude>. Acesso em 18 set. 2019.

FIGURA 13 – Tipos de Riscos a que estão sujeitas as OPS



FONTE: ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital baseado em risco.** Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2008. p. 80.

Como se vê, ao tratar do capital baseado em risco, a ANS preocupou-se em ir muito além dos riscos de subscrição, atualmente tratados nas provisões técnicas, para alertar as operadoras de planos de saúde sobre outras incertezas pertinentes ao segmento.

Conforme restará demonstrado a seguir, essa proposição de nova norma está intimamente ligada à Resolução Normativa RN nº 443/2019, haja vista que a ANS entende que as novas regulamentações permitirão a ela melhor avaliar a adequação dos processos de governança, gestão de riscos e controles internos da operadora, se as provisões estarão adequadamente mensuradas e se o capital regulatório é condizente com os riscos enfrentados pelas organizações atuantes neste mercado.

6. A RESOLUÇÃO NORMATIVA RN Nº 443/2019

6.1 Concepção da Nova Regulamentação

No Âmbito da ANS, Resoluções Normativas são atos administrativos de competência privativa da Diretoria Colegiada do Órgão, que expressam decisões que regulam a *“implementação da política de saúde suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, para a definição de instrumentos e sistemas de coletas periódicas de informações”*⁶⁸, possuindo alcance interno e externo.

O processo de concepção de todas as novas regulamentações passa, obrigatoriamente, por 7 (sete) fases⁶⁹, consistentes no estudo do mercado, análise por Câmaras e Grupos Técnicos compostos por especialistas e entidades representativas do setor, elaboração da minuta da norma, consulta pública, consolidação, aprovação e assinatura e publicação.

A Audiência Pública realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em 4 de maio de 2018, com a finalidade de ouvir e colher subsídios para regulamentação de boas práticas de governança corporativa, gestão de riscos e *Compliance*, contou com a participação de entidades representativas do setor e grandes players do mercado.

Na referida ocasião, restou formalizado pelo agente regulador que todas as operadoras, independentemente de sua modalidade, deveriam se adaptar às novas regras, com vistas a preservar sua solvência, e que esperava-se que as reestruturações necessárias nas organizações fossem mínimas, haja vista que já se

⁶⁸ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Regimental nº 01, de 17 de março de 2017**. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 2 set. 2019.

⁶⁹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Elaboração das Normas da Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/legislacao/elaboracao-das-normas-da-saude-suplementar>. Acesso em 2 set. 201.

observavam estruturas e processos internos robustos em algumas empresas.⁷⁰

Ainda, levantados alguns questionamentos sobre a verificação de conformidade com a então futura norma, a ANS esclareceu que estudaria a possibilidade de aplicar incentivos regulatórios àquelas operadoras que comprovassem a adoção de boas práticas, seja por meio de auditorias independentes ou certificações concedidas por entidades acreditadas pelo Inmetro, contudo esclareceu que não exigiria formalmente referida chancela.⁷¹ Por fim, o agente regulador esclareceu que não trabalharia com a prorrogação do prazo para implementação das exigências.

Dando sequência ao processo de concepção normativa, no mês seguinte à Audiência Pública, em 28 de junho de 2018, teve início a Consulta Pública nº 67⁷², com o fim de

⁷⁰ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Audiência Pública: Proposta de regulamentação de boas práticas de governança corporativa para capital baseado em risco na saúde suplementar.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas>.

⁷¹ Também durante a Audiência Pública, a ANS esclareceu que as novas exigências normativas não estariam diretamente relacionadas à RN 277/2011, que instituiu o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Naquele caso, o Programa foi criado como o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial, avaliando pontos da operação como administração, estrutura e serviços, desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e nível de satisfação dos beneficiários. (BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 277, de 4 de novembro de 2011.** Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLci&format=raw&cid=MTg3Nw==>. Acesso em 2 set. 2019)

⁷² BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Consulta Pública: Práticas de governança, controles internos e gestão de riscos pelas operadoras de plano de assistência à saúde.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp67/cp67_relatorio_sei.pdf. Acesso em 2 set. 2019.

subsidiar a nova regulamentação. A Consulta ficou disponível por 30 (trinta) dias e, por meio do sistema eletrônico da ANS, foram recebidas 732 (setecentas e trinta e duas) contribuições de 36 (trinta e seis) participantes, sendo que a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE) foi a entidade que apresentou maior número de subsídios.

Na Consulta Pública mencionada, restou formalizado o posicionamento da ANS sobre:

- (i) A necessidade de amadurecimento gradual dos sistemas de gestão de riscos e controles internos por parte dos entes regulados, motivo pelo qual a norma propõe que as organizações adaptem suas estruturas e culturas internas até dezembro de 2022;
- (ii) A adoção de critérios específicos, de acordo com as especificidades das operadoras;
- (iii) A manutenção da obrigatoriedade de contratação de auditor independente para verificação do cumprimento dos requisitos de governança, com exclusão dessa obrigação para as operadoras de pequeno porte e aquelas classificadas na modalidade de Autogestão por Departamento de Recursos Humanos, as quais também ficam desobrigadas de enviar para a Agência Reguladora o Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA).

A realização da Consulta Pública foi uma das últimas etapas do processo de concepção normativa que deu origem à RN nº 443/2019, a qual foi publicada no Diário Oficial da União em 28 de janeiro de 2019.

6.2 Análise Crítica das Obrigações decorrentes da RN nº 443/2019

A RN nº 443/2019 traz em seu bojo deveres a serem observados pelas operadoras de planos de saúde no que concerne “à adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com

ênfase em controles internos e gestão de riscos”, e tem por objetivo final assegurar o seu equilíbrio econômico-financeiro.

Referida norma é composta por 19 artigos e 7 anexos. A análise que se segue divide-se no exame dos conceitos trazidos pela RN nº 443/2019 em seus dispositivos normativos e na análise das obrigações introduzidas nos anexos, já considerando as especificidades das operadoras de planos de saúde.

6.2.1 Conceitos

A Norma ora estudada preocupou-se em apresentar, em seu Art. 2º, os conceitos de Governança, Controles Internos e Gestão de Riscos, nos termos a seguir transcritos:

(...) Art. 2º Para fins do disposto nesta RN, considera-se:

I – governança das operadoras: sistema pelo qual as operadoras são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre seus proprietários, administradores, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas;

II – controles internos: conjunto de medidas adotadas para salvaguardar as atividades da operadora, assegurando o cumprimento de seus objetivos e obrigações em todos os níveis da organização;

III – gestão de riscos: processo de identificação, análise, avaliação, priorização, tratamento e monitoramento de riscos que possam afetar, positiva ou negativamente, os objetivos de processos de trabalho e/ou de projetos de uma operadora nos níveis estratégicos, tático e operacional (...)

Art. 3º As práticas e estruturas de governança, controles internos e gestão de riscos implementadas pelas operadoras devem ser efetivos e consistentes com a natureza, escala e complexidade das suas atividades, respeitadas as características e estruturas estabelecidas nos seus estatutos ou contratos sociais e normas internas.

Parágrafo único. São responsabilidades dos administradores das operadoras de planos de assistência à saúde a implantação, implementação e avaliação periódica das práticas de governança, gestão de riscos e controles internos que trata a presente RN, independentemente da constituição de unidades de negócio, grupos, comissões, comitês internos ou externos formados ou contratados para auxiliar em tais ações.⁷³

Primeiramente, há de se saudar o organismo regulador por tratar governança, riscos e controles internos de maneira conjunta, ficando mais fácil para o ente regulado compreender seus conceitos de maneira global, visando assim a implementação de efetivos Sistemas de Gestão de *Compliance* concebidos considerando as especificidades das operadoras de planos de saúde, vide suas mais variadas modalidades e arranjos administrativos.

Ademais, denota-se que os conceitos propostos estão em consonância com aqueles apresentados no capítulo 2 do presente estudo, bastante atualizados, e que a importância do monitoramento periódico do sistema pelos administradores (órgão diretivo e alta administração) fora muito bem destacada.

O Capítulo II da RN nº 43/2019 segue a metodologia proposta pelo IBGC, apresentada no início deste estudo, e cita os princípios da transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade como aqueles que devem ser seguidos pelas operadoras de planos de saúde em suas práticas de governança, destacando que atos societários e documentos internos de gestão devem documentar as estruturas e ações relacionadas a este tema.

⁷³ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 443, de 25 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/>. Acesso em 25 ago. 2019.

No que tange aos Controles Internos, o Capítulo III da norma dispõe que estes devem assegurar a confiabilidade dos dados e processos operacionais, evitando conflitos de interesse, sendo implementados de maneira segura e de modo que permitam o seu monitoramento, seja por meio de relatórios ou sistemas de segurança da informação, atendendo à legislação e normas vigentes e sendo acessíveis a todos os níveis da organização.

Além disso, os dispositivos normativos asseveram que devem ser disponibilizados canais de comunicação que assegurem aos colaboradores o acesso a informações relevantes e permitam que sejam transmitidas propostas de melhorias para aperfeiçoamento desses controles, que seja possível identificar e avaliar os riscos que ameaçam a integridade ou seu o funcionamento e que sejam implementadas ações ou planos de contingenciamento.

Outrossim, o monitoramento novamente é destacado na norma, com a inclusão de um artigo que determina que os controles internos devem ser submetidos a avaliação com periodicidade no mínimo anual, em especial aqueles que estão relacionados aos demonstrativos financeiros das operadoras, haja vista a especial atenção dada pela ANS aos riscos de subscrição, conforme apontado no capítulo anterior.

Ainda, o Capítulo III da RN nº 443/2019 também traz algumas considerações sobre a Gestão de Riscos, endossando o entendimento exarado na RN que se encontra em fase de concepção e que introduz o conceito de capital baseado em risco, mencionada no capítulo anterior. Nesse sentido, a ANS classifica as ameaças ao segmento em riscos de subscrição, de crédito, de mercado, legais e operacionais.

A norma destaca, ainda, que o órgão diretivo e a alta administração devem conduzir suas decisões considerando referidos riscos e visando aperfeiçoar os processos corporativos e seus controles internos.

Por fim, o Capítulo IV introduz o Relatório de Procedimentos Previamente Acordados (PPA) como instrumento

a ser elaborado por auditor independente no qual devem ser avaliados os requisitos estipulados nos Anexos da norma, relacionados à Governança, Riscos e Controles Internos, e que serão examinados a seguir. É neste particular que adota-se o conceito de “*pratique ou explique*” mencionado no capítulo 2 deste estudo, haja vista haver menção expressa de que “*no caso de não adoção de requisito ou de sua adoção de forma parcial, o relatório de PPA de que trata o caput apresentará, circunstanciadamente, justificativa(s) da administração da operadora sobre o assunto e a(s) prática(s) alternativa(s) adotada(s)*”.

A confecção e envio do referido relatório é facultativa até o exercício de 2022 e tornar-se-á obrigatória, a partir de então, para as operadoras de grande e médio portes e para as administradoras de benefícios, e facultativa para as operadoras de pequeno porte e para as classificadas na modalidade de Autogestão por Departamento de Recursos Humanos. O envio do relatório deverá ser realizado pelas operadoras no 1º trimestre do ano subsequente.

De todo modo, diante do previsto na RN nº 443/2019, é altamente recomendável que as operadoras de planos de saúde revejam e/ou aperfeiçoem seus mecanismos de Governança, Controles Internos e Gestão de Riscos, seguindo as melhores práticas e frameworks sugeridos no capítulo 2 do presente estudo, iniciando esse processo com a máxima brevidade ainda que a norma tenha previsto um período de adaptação. Isso porque a norma prevê expressamente que a operadora que cumprir com os requisitos da norma “*poderá solicitar a redução de fatores de capital regulatório*”.

Indica-se também que a implementação desse Sistema de Gestão seja promovida de modo a prever sua auditoria periódica, simulando o que seria comunicado no PPA se a obrigação normativa já estivesse vigente, de modo a aperfeiçoar o sistema de acordo com o seu amadurecimento.

6.2.2 Práticas Mínimas de Gestão de Risco e Controles Internos

Os anexos da RN nº 443/2019 trazem em sua redação os deveres que deverão ser cumpridos pelas operadoras de maneira compulsória a partir de 2023.

Os Anexos I-A e I-B preveem as práticas mínimas de gestão de riscos e controles internos a serem verificadas pelo órgão diretivo e alta direção das operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, quais sejam:

- (i) A avaliação das recomendações de melhorias ou correções nos processos e/ou controles internos relacionados por órgãos de controle, auditoria interna ou auditoria independente, com a designação das ações necessárias e os responsáveis, com prazo de conclusão e períodos de avaliação do andamento.

Neste particular, cumpre destacar que a ANS pressupõe que o ente regulado a quem se direciona referida obrigação normativa já terá instaurada uma estrutura de governança na qual o órgão diretivo e a alta direção têm bem definidas suas responsabilidades, já incluídas nestas os deveres decorrentes dessa norma. Ainda, é possível fazer um paralelo direto entre esta obrigação e os itens denominados como “*Análise Crítica pela Direção*” previstos tanto na ISO 19600:2014 quanto na ISO 37001:2017.

- (ii) A manutenção de um processo contínuo de análise da sua situação econômico-financeira, contemplando a avaliação da evolução dos seus indicadores e o cumprimento das exigências de garantias financeiras;

Em outras palavras, a RN nº 443/2019 impõe aos entes regulados que formalizem nas reuniões do Conselho de Administração e/ou de Diretoria, ou ainda na assembleia de acionistas ou de sócios, a análise periódica dos indicadores

financeiros, em consonância com as melhores práticas de governança corporativa.⁷⁴

- (iii) A avaliação de práticas de gestão de risco, com periodicidade mínima anual, contemplando os riscos de subscrição (no caso das operadoras), de crédito e de mercado e os riscos legais e operacionais (no caso das operadoras e das administradoras de benefícios).

Nesse contexto, a norma dita a necessidade do órgão diretivo e da alta direção das operadoras de manter o monitoramento periódico dos riscos relacionados ao segmento. E, aqui, é legítimo vislumbrar uma clara relação entre o disposto na RN nº 443/2019 e os itens 4.6 da ISO 19600:2014 (“*Identificação, análise e avaliação dos riscos de compliance*”) e 4.5 da ISO 37001:2017 (“*Processo de avaliação de riscos de suborno*”), mormente se considerarmos especificamente sob o ponto de vista dos riscos legais e operacionais o complexo cenário institucional no qual as operadoras de planos de saúde estão inseridas, o qual foi bastante explorado no capítulo 4 do presente estudo.⁷⁵

O conteúdo do Relatório de PPA, mencionado quando da análise dos conceitos trazidos pela RN nº 443/2019, relacionado às práticas mínimas de gestão de riscos e controles internos está explicitado no Anexo IV-A. Assim sendo, os entes regulados sujeitos a estas regras normativas deverão submeter para

⁷⁴ “Os conselheiros avaliarão o desempenho dos indicadores de gestão em relação às metas estabelecidas e ao seu próprio histórico. O conselho pedirá explicações suficientes para compreender os motivos de possíveis anomalias e, principalmente, as soluções sugeridas pelo corpo executivo da organização. A ideia é evitar um comportamento passivo da diretoria executiva, o qual se limite a apontar problemas e justificativas e promover uma atmosfera de colaboração e transparência.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **O papel do conselho de administração na estratégia das organizações**. São Paulo: IBGC, 2017. p. 40).

⁷⁵ “Algumas abordagens têm inserido o Risco Legal dentro do conceito de Risco Operacional e mais recentemente dentro de uma abordagem mais ampla que seria o Risco de Conformidade, que inclui as normas e procedimentos internos da empresa.” (ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital baseado em risco**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2008. p. 77).

exame da ANS, dentro do prazo estipulado (primeiro trimestre do ano subsequente):

- (i) Seus atos constitutivos e a estrutura corporativa de gestão de riscos;
- (ii) O relatório anual de acompanhamento da implementação das recomendações de melhoria de controles internos, formalizando se todas as sugestões foram acatadas ou não e quais os respectivos planos de ação;
- (iii) As atas de reuniões dos órgãos de governança (direção e controle) que trataram de temas relacionados a controles internos e gestão de riscos, comprovando que a situação econômico financeira se encontra devidamente supervisionada, assim como as práticas de monitoramento e mitigação dos riscos de crédito, de mercado, legais e operacionais.

Os anexos I-A, I-B e IV-A são bastante específicos quanto aos indicadores que a ANS imagina devam ser avaliados pelas operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios para monitorar os riscos do negócio, sendo razoável concluir que muitos departamentos jurídicos, financeiros, de ouvidoria e de controladoria dessas organizações deverão revisar suas práticas e aprimorar seus controles visando emitir relatórios detalhados que permitam ao órgão diretivo e a alta direção tomarem decisões baseadas em dados fidedignos.

6.2.3 Práticas Avançadas e Estrutura de Governança, Gestão de Riscos e Auditoria Interna

O Anexo II da RN nº 443/2019 trata dos deveres relacionados a governança, gestão de riscos e auditoria interna que deverão ser cumpridos pelas operadoras com modelos próprios de capital baseado em risco.

Cabe lembrar que, de acordo com a Resolução Normativa que está em fase de concepção pela ANS, mencionada

no capítulo anterior, todas as operadoras deverão aplicar a metodologia do capital baseado em risco para aferição do capital regulatório mínimo a partir de 2023, ou seja, todas aquelas que não seguirem o modelo proposto pelo organismo regulador e desenvolverem seu próprio padrão estarão sujeitas a cumprir com o disposto neste Anexo II.

De todo modo, independentemente de qualquer dever normativo, como se viu no Capítulo 2 deste estudo, boas práticas de Governança Corporativa, Gestão de Riscos, Controles Internos, Compliance e Auditoria são fundamentais para a eficiência dos processos operacionais e, conseqüentemente, para a perenidade organizações, devendo serem seguidas por convicção de seu órgão diretivo e alta direção e não por imposição legal.

No que concerne à Governança Corporativa, a norma prevê que a operadora deve implementar órgãos de direção e controle em sua estrutura administrativa, delimitando suas funções e as formalizando por meio de atos constitutivos. Significa dizer que a ANS passará a exigir dos entes regulados que adotem diferentes instâncias de deliberações e monitoramento e canais internos de comunicação, focando nos 4 (quatro) princípios básicos da Governança propostos pelo IBGC.

Quanto à Conduta Ética, é possível estabelecer um paralelo entre o disposto na RN nº 443/2019 e o que foi proposto como um robusto e efetivo Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno no item 2.4 deste estudo, haja vista que a regulamentação prevê que as operadoras devem estipular regras de conduta voltadas a todos os níveis hierárquicos e submetê-las à aprovação do órgão diretivo e/ou da alta direção, implementando ainda programas de treinamentos periódicos e disponibilizando às partes interessadas, internas e externas, canais para relatos de desvios de conduta, fraudes e ilícitos que porventura sejam praticados no âmbito na organização.

O Anexo II também determina que as operadoras devem submeter seu balanço patrimonial e demonstração de resultados até o dia 30 de junho de cada exercício, acompanhado de relatório de revisão elaborado por

auditoria independente, e após aprovação pelo organismo regulador divulga-los em seu website institucional.

No que diz respeito aos controles internos e à gestão de riscos, A ANS requer de seus agentes regulados que estes desenvolvam e revisem periodicamente políticas próprias relacionadas às práticas adotadas para mitigar os riscos de subscrição, de crédito, de mercado, legais e operacionais. Nesta lógica, a norma é explícita no sentido de que as operadoras deverão aperfeiçoar suas estratégias e diretrizes para monitorar os processos judiciais e administrativos e sua estimativa de valores, o relacionamento com prestadores e outros fornecedores e a gestão de tecnologia da informação.

Ainda, há determinação normativa expressa para que o apetite (aspecto qualitativo) e a tolerância (aspecto quantitativo) a riscos da operadora sejam descritos de maneira formal na política de gestão de riscos, a qual deverá ser aprovada pelo órgão diretivo e/ou pela alta administração e divulgada a todos os níveis hierárquicos. Ademais, a segunda linha de defesa, apresentada no capítulo 2.2 deste estudo, deverá elaborar relatórios relacionados à identificação e tratamento dos riscos, os quais devem ser submetidos para apreciação e aprovação dos órgãos máximos na cadeia de governança.

Por fim, o Anexo II ainda dispõe que a operadora deve possuir unidade específica de auditoria interna, regida por um regulamento específico, que aja com autonomia, independência, imparcialidade e que tenha acesso direto ao órgão diretivo ou ao comitê de auditoria. Sua responsabilidade é a avaliação, o monitoramento dos sistemas de controles internos e de gestão de riscos e o andamento das ações corretivas propostas para a melhoria contínua desses sistemas.

O conteúdo do Relatório de PPA, relacionado às práticas avançadas e estrutura de governança, gestão de riscos e auditoria interna está explicitado no Anexo IV-B. Assim sendo, os entes regulados sujeitos a estas regras normativas deverão submeter para exame da ANS, dentro do prazo estipulado (primeiro trimestre do ano subsequente):

- (i) Os atos constitutivos da operadora, de modo que seja possível verificar a existência das estruturas de governança corporativa (órgãos de direção e controle);
- (ii) Os documentos que comprovam a aprovação formal pelo órgão diretivo e/ou alta administração das normas de conduta e de prevenção à lavagem de dinheiro, fraudes e suborno e a divulgação dessas diretrizes de comportamento ao público interno e externo e evidências de que há um programa de treinamento formal implementado que trate especificamente destes temas;
- (iii) As atas de reuniões dos órgãos de governança que comprovam que as demonstrações financeiras, o balanço patrimonial e o respectivo relatório de auditoria independente foram avaliados e aprovados e a comprovação de que estes foram disponibilizados no site institucional da operadora;
- (iv) Documentos que comprovem que o ente regulado possui canais de denúncias e para proposição de melhorias nas rotinas internas, demonstrando ainda sua divulgação às partes interessadas e validando a confidencialidade do tratamento dos relatos e a possibilidade de que estes sejam feitos de forma anônima;
- (v) A Política de Gestão de Riscos e de Controles Internos, aprovada pelo órgão diretivo e as evidências de divulgação dessa junto às partes interessadas;
- (vi) A comprovação da existência de uma estrutura corporativa de gestão de riscos e de um relatório com periodicidade mínima anual com a identificação, avaliação, monitoramento e resposta às ameaças inerentes à sua gestão financeira, legal e operacional, analisado e aprovado pelo órgão máximo de governança,

- pelo conselho fiscal ou pelo comitê de auditoria (quando existir);
- (vii) Documentos que demonstrem a presença de um departamento de auditoria interna independente (próprio ou terceirizado) e regido por regulamento específico, formalmente constituído e formalizado no organograma da operadora, com reporte direto ao órgão diretivo ou instância equivalente e auditor designado registrado no Conselho Regional de Contabilidade e na CVM e o relatório anual correspondente documentando o monitoramento e o andamento das ações corretivas anteriormente deliberadas;
 - (viii) O planejamento das atividades de auditoria para o exercício corrente, aprovado pelo órgão diretivo ou com autoridade correspondente;
 - (ix) Comprovante de que o plano de atividades da auditoria e os relatórios emitidos por esta foram disponibilizados para auditor externo, o qual deverá cancelar se a operadora cumpriu com todos os requisitos do Anexo II da RN nº 443/2019.

Novamente, conforme dito há pouco, vislumbra-se a necessidade de revisão das práticas e controles de departamentos tais como o financeiro, jurídico, *Compliance*, controladoria e auditoria, para que estes se adaptem às proposições da norma. Outrossim, sugere-se que a organização siga o disposto nos itens 5 a 10 da ISO 19600:2014 e da ISO 37001:2017 quanto ao papel da Liderança, Planejamento, Apoio (Conscientização e Treinamento e Informação Documentada, *Due Diligence*), Operação, Avaliação de Desempenho e Melhoria do Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno.

6.3 Resultado da Pesquisa Qualitativa realizada junto a 25 Operadoras de Planos de Saúde (Governança Corporativa, Gestão

de Riscos, Sistema de Gestão de Compliance e Antissuborno e a RN nº 443/2019)

Visando entender o nível atual de maturidade de *Compliance*, Governança Corporativa e Gestão de Riscos das operadoras de planos de saúde, em virtude das obrigações normativas introduzidas pela RN nº 443/2019, fora elaborada uma pesquisa qualitativa utilizando-se as aplicações do website *Survey Monkey*⁷⁶, a qual foi respondida por profissionais da alta direção e/ou de nível gerencial de 25 operadoras de planos de saúde⁷⁷ de diferentes modalidades.

6.3.1 Visão Geral

No que concerne à localização, porte e modalidade das operadoras dos profissionais que responderam à pesquisa proposta, tem-se que:

Figura 14 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Localização, Porte e Modalidade das Operadoras de Planos de Saúde participantes



Essa última classificação, por Modalidade, é importante, pois para fins de análise comparativa do nível de

⁷⁶ A pesquisa foi disponibilizada no endereço <https://pt.surveymonkey.com/r/783TV9Z> entre os dias 21 de agosto de 20 de setembro de 2019.

⁷⁷ O contato com referidos profissionais foi realizado pelo LinkedIn, pelo autor do presente estudo, e por e-mail, utilizando-se a base de dados cadastrais da Grunitzky Auditores Independentes S/S (<https://www.grunitzky.com.br>), empresa de auditoria e consultoria com inúmeros clientes atuantes neste mercado.

maturidade de *Compliance*, Governança Corporativa e Gestão de Riscos das operadoras de planos de saúde participantes da pesquisa, as respostas serão analisadas individualmente de acordo com essa distribuição.

6.3.2 Maturidade da Governança Corporativa

No que está relacionado à Governança Corporativa, somente 33% (trinta e três por cento) dos respondentes afirmaram que a organização possui uma estrutura de governança bem estabelecida, com funções definidas em atos constitutivos e com órgãos de fiscalização e controle. 58% (cinquenta e oito por cento) das operadoras afirmaram que as atas de reunião do Conselho de Administração e/ou da Diretoria são redigidas com clareza e registram as decisões tomadas, os votos divergentes e as abstenções de voto e 54% (cinquenta e quatro por cento) disseram que o processo de tomada de decisão do órgão diretivo está baseado na análise de dados objetivos. Em 42% (quarenta e dois por cento) dos casos observou-se que o diretor presidente também acumula o cargo de presidente do Conselho de Administração.

Analisando as respostas de modo a considerar as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde tem-se o seguinte gráfico:

Figura 15 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Governança I



Sob outras perspectivas, em 29% (vinte e nove por cento) dos casos observou-se que existem acionistas/sócios da operadora que acumulam a mesma função em outras empresas relacionadas à saúde. De outra sorte, 42% (quarenta e dois por cento) dos respondentes afirmaram que as regras de governança da organização zelam pela segregação de funções, papéis e responsabilidades, 33% (trinta e três por cento) disseram que estão implementadas na organização alçadas de decisão para cada instância de governança, com o objetivo de minimizar possíveis focos de conflitos de interesse e 21% (vinte e um por cento) declararam que existem membros independentes no Conselho de Administração da operadora de planos de saúde.

Separando-se as respostas entre os diferentes tipos de modalidades das operadoras respondentes da pesquisa, os dados demonstram que:

Figura 16 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Governança II



Ainda no que diz respeito à Governança, 58% (cinquenta e oito por cento) dos respondentes informaram que a organização está submetida a auditorias internas e externas periódicas e 29% (vinte e nove por cento) alegaram que a auditoria interna está diretamente vinculada ao Conselho de Administração e o assessora no monitoramento e controle das demonstrações financeiras, controles internos, gerenciamento de riscos e *compliance*.

Se as respostas forem analisadas considerando-se as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde tem-se os seguintes indicadores:

Figura 17 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Governança III



Diante das respostas apresentadas quanto às atuais estruturas de Governança das operadoras de planos de saúde é razoável afirmar que ainda há muito a evoluir, sendo necessário a todas as operadoras, em maior ou menor grau, revisarem suas práticas.

Chama a atenção os baixos índices relacionados à nomeação de membros independentes no Conselho de Administração das operadoras, bem como no tocante à (in)existência de uma função de auditoria interna diretamente ligada ao Conselho de Administração, sendo que este último aspecto, como se viu no capítulo anterior, é uma das obrigações normativas que será cobrada pela ANS de vários dos seus entes regulados, de acordo com o que dispõe o Anexo II, item 3.1 da RN nº 443/2019..

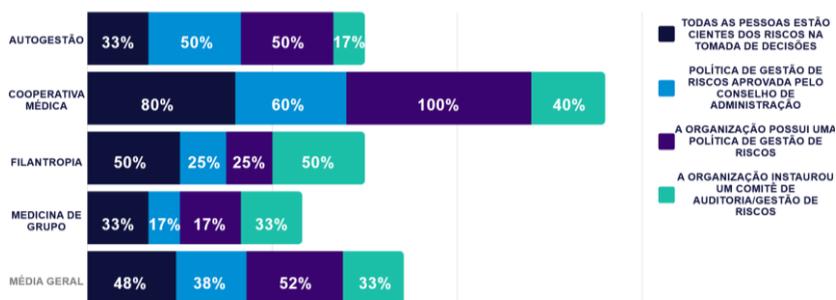
6.3.3 Maturidade de Gestão de Riscos

Com relação à Gestão de Riscos, 33% (trinta e três por cento) dos respondentes afirmaram que a organização instaurou um Comitê de Auditoria e/ou Gestão de Riscos, 52% (cinquenta e dois por cento) alegaram que a operadora de planos

de saúde possui uma Política de Gestão de Riscos, 38% (trinta e oito por cento) informaram que referida Política foi aprovada pelo órgão máximo da estrutura de governança e 48% (quarenta e oito por cento) disseram ser possível afirmar que todas as pessoas da organização estão cientes dos riscos envolvidos nas tomadas de decisão.

Analisando as respostas de modo a considerar as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde tem-se o seguinte gráfico:

Figura 18 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Gestão de Riscos I



Ainda neste particular, para 38% (trinta e oito por cento) dos respondentes a organização possui uma estrutura de Gestão de Riscos baseada nas três linhas de defesa, 43% (quarenta e três por cento) informaram que todos os níveis da organização são treinados em questões relacionadas à identificação de riscos, 67% (sessenta e sete por cento) disseram que temas relacionados à Gestão de Riscos são tratados em reuniões de Diretoria e Conselho de Administração e 52% (cinquenta e dois por cento) alegaram que a diretoria avalia, ao menos anualmente, a eficácia das políticas e dos sistemas de gerenciamento de riscos e de controles internos.

Se as respostas forem analisadas considerando-se as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde tem-se os seguintes indicadores:

Figura 19 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Gestão de Riscos II



Por último, 33% (trinta e três por cento) dos respondentes afirmaram que existe uma relação entre Gestão de Riscos e o planejamento estratégico da organização e 52% (cinquenta e dois por cento) declararam que os riscos da organização estão devidamente mapeados e identificados em matriz própria, considerando probabilidade e impacto e que a organização possui ao um Departamento específico ou ao menos um profissional dedicado exclusivamente à Gestão de Riscos. Ainda, 38% (trinta e oito por cento) afirmaram que o processo de Gestão de Riscos está implementado na organização há pelo menos 3 (três) anos.

Separando-se as respostas entre os diferentes tipos de modalidades das operadoras respondentes da pesquisa, os dados demonstram que:

Figura 20 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estruturas de Gestão de Riscos II



Diante dos indicadores ora apresentados, é possível dizer que são poucas as organizações que têm bem definida uma Política de Gestão de Riscos aprovada pelo órgão máximo de governança e baseada no modelo das três linhas de defesa, motivo pelo qual para o perfeito cumprimento do disposto nos Anexo I-A, I-B e II da RN nº 443/2019 as operadoras de planos de saúde terão que adotar novas práticas, em especial para lidar com os riscos legais e operacionais oriundos do complexo ambiente institucional no qual estão inseridas.

6.3.4 Maturidade de Compliance

Ainda que a RN nº 443/2019 não faça menção expressa ao vocábulo *Compliance*, mas tão somente à “Conduta Ética”, como se viu no capítulo 2 deste estudo é impossível dissociá-lo dos conceitos de governança, gestão de riscos, controles internos e auditoria, o que explica a necessidade de se avaliar a maturidade das organizações que atua neste segmento quanto à questões relacionadas a conformidade e a integridade.

Desta feita, no que concerne às estruturas de *Compliance* instauradas no âmbito das operadoras de planos de saúde respondentes da pesquisa, observou-se que, no atual cenário, apenas 39% (quarenta por cento) possuem um Departamento ou ao menos um profissional dedicado exclusivamente à função.

Também se verificou que somente em 35% (trinta e cinco por cento) das organizações o tema é tratado periodicamente nas Reuniões de Diretoria e não mais que 30% (trinta por cento) têm a função ou área implementada há mais de 3 (três) anos.

Se as respostas forem analisadas considerando-se as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde tem-se os seguintes indicadores:

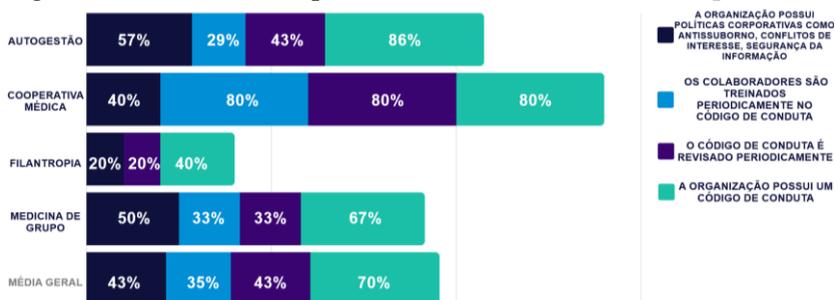
Figura 21 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estrutura de Compliance I



Com relação às normas internas, a pesquisa demonstrou que 70% (setenta por cento) das organizações têm um Código de Conduta, contudo somente 43% (quarenta e três por cento) o revisam periodicamente e 35% (trinta e cinco por cento) treinam seus colaboradores de maneira cíclica. No que concerne às Políticas Corporativas, apenas 43% (quarenta e três por cento) afirmaram que possuem normas que tratem de temas como antissuborno, conflitos de interesses, privacidade de dados e segurança da informação.

Analisando as respostas de modo a considerar as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde tem-se o seguinte gráfico:

Figura 22 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estrutura de Compliance II



Quanto aos canais de denúncias, observa-se que apenas 48% (quarenta e oito por cento) das organizações os têm instaurados, 43% (quarenta e três por cento) também os divulgam para o público externo e em somente 13% (treze por cento) dos casos estes são geridos por empresa terceirizada e independente.

Analisando referidos dados separadamente, por modalidade das operadoras de planos de saúde, observa-se os seguintes resultados:

Figura 23 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Estrutura de Compliance III



No que diz respeito ao Comitê de Ética, 39% (trinta e nove por cento) das organizações que responderam à pesquisa possuem referido órgão formalmente instaurado dentro de sua estrutura, mas somente 30% (trinta por cento) afirmaram que este se reúne periodicamente. Por fim, apenas em 13% (treze

por cento) dos casos a operadora comunica para outros stakeholders a existência e funcionamento de seu *Programa de Compliance*.

Diante dos indicadores ora apresentados quanto às atuais estruturas de *Compliance* das operadoras de planos de saúde é prudente concluir que para cumprir com as novas obrigações normativas introduzidas pela ANS, as organizações deverão revisitar suas práticas, instaurando departamentos ou nomeando profissionais gabaritados para monitorar a implementação ou sofisticação dos mecanismos de conformidade e integridade.

6.3.5 Obrigações previstas na RN nº 443/2019

Por último, as operadoras de planos de saúde que participaram da pesquisa foram questionadas quanto ao cumprimento de algumas obrigações específicas previstas na RN nº 443/2019 nas suas atuais práticas de governança, riscos e controles internos.

Neste particular, verificou-se que, na média geral, 67% (sessenta e sete por cento) das organizações mantém um processo contínuo de análise da sua situação econômico-financeira, consistente na avaliação da evolução dos seus indicadores e no cumprimento das exigências de garantias financeiras, provisões, ativos, patrimônio e bens móveis e imóveis.

Tal número, entende-se, deveria ser ainda maior, considerando que as operadoras de planos de saúde estão obrigadas a manter um monitoramento contínuo para avaliação de seu capital regulatório mínimo, conforme restou demonstrado no capítulo 5 do presente estudo.

Observou-se, também, que 50% (cinquenta por cento) das operadoras respondentes avaliam as recomendações de melhorias ou correções de procedimentos elencados por órgãos de controle e auditorias interna e externa, implementando um plano de ação e designando responsáveis pelas ações correspondentes. Ainda, apenas 42% (quarenta e dois por cento) disponibilizam canais internos de divulgação de treinamentos, estruturas de

governança, políticas, controles internos e outros aspectos institucionais e em 17% (dezessete por cento) das organizações a atividade de auditoria é regida por um regulamento específico.

Se as respostas forem analisadas considerando-se as diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde tem-se os seguintes indicadores:

Figura 24 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Obrigações Previstas na RN nº 443/2019 I

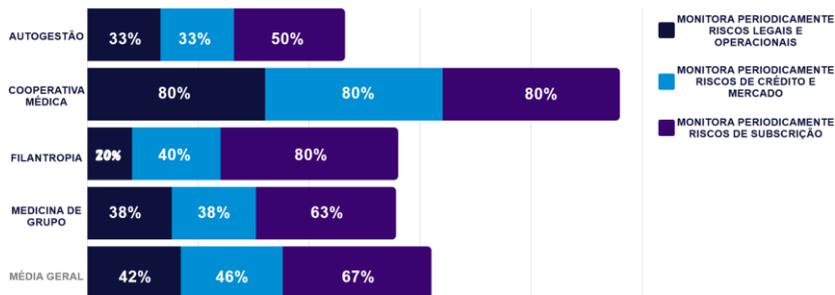


Por fim, as operadoras foram questionadas quanto ao monitoramento dos riscos do negócio, observando-se o disposto não só na RN nº 443/2019, mas também considerando o conceito de capital baseado em risco.

Como já era de se esperar, o percentual maior está relacionado aos riscos de subscrição, pois, conforme dito há pouco, o acompanhamento dos indicadores relativos às provisões técnicas, que compõem referidos riscos, já faz parte de um dever normativo vigente das operadoras de plano de saúde, estando relacionado com seu capital mínimo regulatório.

De outra sorte o monitoramento dos riscos de crédito e de mercado e dos riscos legais e operacionais têm um percentual bem mais baixo, conforme se denota do gráfico a seguir:

Figura 25 – Gráfico da Pesquisa Qualitativa: Obrigações Previstas na RN nº 443/2019 II



Diante dos indicadores ora apresentados quanto às atuais práticas relacionadas aos deveres normativos introduzidos pela RN nº 443/2019 verifica-se que as operadoras de planos de saúde deverão agir, principalmente, no sentido de regulamentar a atividade de auditoria interna, de sofisticar seus canais internos de comunicação e treinamentos e de aprimorar o monitoramento dos riscos relacionados ao negócio, corroborando o resultado apresentado nos itens anteriores.

6.4 Potenciais Impactos da nova Regulamentação

Diante dos resultados da pesquisa realizada, é de se imaginar que as operadoras de planos de saúde passem os próximos anos revisando suas estruturas de governança, riscos, controles internos e auditoria, de modo a se adaptar às novas obrigações normativas introduzidas pela RN nº 443/2019, haja vista que suas práticas atuais não são suficientes para atender às exigências regulatórias propostas pela ANS.

Nesta perspectiva, recomenda-se fortemente que sejam adotadas metodologias robustas e reconhecidas, e não que se vislumbre tão somente a adaptação dos processos internos para cumprir com os dispositivos da norma, mormente pelo fato de que as operadoras estão inseridas em um ambiente institucional complexo e sujeito à riscos legais e operacionais que, como se viu, não são monitorados de maneira devida.

Isso porque está cada vez mais nítido que apenas as organizações que adotarem mecanismos efetivos conseguirão sobreviver no segmento de saúde suplementar. A alta regulação e os impactos da nova sistemática de cálculo do capital regulatório mínimo farão com que o mercado fique cada vez mais concentrado, de modo que a implementação de estruturas eficientes de governança, riscos, controles internos e auditoria deixa de ser um diferencial para se tornar uma necessidade urgente.

Assim, entende-se que a adoção de um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno de padrão internacional, tal como previsto nas normas ISO 19600:2014 e ISO 37001:2017, atende tanto às necessidades internas, relacionadas aos processos operacionais e corporativos, quanto às expectativas do organismo regulador, do órgão diretivo, da alta direção e de acionistas ou potenciais investidores, pois baseia-se em um ciclo de melhoria contínua (P-D-C-A), conforme demonstrado anteriormente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início deste estudo foram propostos três questionamentos, quais sejam:

(i) “Todas as operadoras de planos de saúde estão preparadas para cumprir com as obrigações advindas da nova regulamentação (RN nº 443/2019 da ANS)?”;

(ii) “Considerando as diversas modalidades das operadoras de planos de saúde e suas estruturas atuais, a obrigação de adoção de práticas padrões de governança, gestão de riscos e Compliance da maneira proposta é efetiva para atingir o objetivo da norma?”

e

(iii) “Adotar medidas para simplesmente cumprir com as obrigações normativas será suficiente para que as organizações se perpetuem e enfrentem o ambiente institucional no qual estão inseridas, altamente complexo e sujeito à inúmeros conflitos de interesse?”

Diante das respostas apresentadas na pesquisa realizada com 25 (vinte e cinco) operadoras de planos de saúde e toda a análise feita sobre a complexidade da implementação de mecanismos de Análise e Gestão de Riscos, Controles Internos, Compliance e Auditoria, é possível respondê-los da seguinte forma:

(i) A grande maioria das operadoras de planos de saúde ainda não está preparada para cumprir com as obrigações advindas da nova regulamentação.

Entende-se que o aparente maior grau de maturidade das Cooperativas Médicas nos resultados tenha sido puxado pela participação na pesquisa de organizações de maior porte, com estruturas mais consolidadas, contudo, sabe-se que aquelas organizações da mesa modalidade, porém de menor porte,

ainda enfrentam dificuldades na implementação de mecanismos básicos de Governança Corporativa, Gestão de Riscos e *Compliance*.

Também chamou a atenção o baixíssimo grau de maturidade das entidades filantrópicas e o resultado não tão bom quanto o esperado das operadoras classificadas na modalidade de Medicina de Grupo.

- (ii) Considerando que o objetivo final da norma é a solvência das operadoras de planos de saúde, adoção de práticas padrão de governança, controles internos e riscos como proposto nos Anexos I-A e I-B da RN nº 443/2019, não são suficientes para garantir que as organizações manterão seu equilíbrio econômico-financeiro.

Como se viu no presente estudo, é importante criar uma cultura de Governança, Gestão de Riscos e *Compliance*, o que vai muito além do proposto nos Anexos I-A e I-B da nova regulamentação proposta pela ANS.

Um simples *benchmarking* com estruturas mais consolidadas demonstrará indubitavelmente que as boas práticas de gestão devem ser customizadas a cada negócio, observando desde sua natureza jurídica – que neste caso em específico é bastante variada, como se vê nos diversos tipos de modalidade de operadoras de planos de saúde – e outras peculiaridades da operação.

A manutenção do equilíbrio econômico-financeiro vai muito além das práticas de Governança, Riscos e *Compliance*, e passa pela gestão eficiente e responsável dos recursos das organizações.

- (iii) O simples cumprimento da norma não é suficiente para que as organizações se perpetuem e enfrentem o complexo ambiente institucional no qual estão inseridas.

Em especial, no que concerne à Gestão de Riscos, é fundamental que todas as organizações, independente da modalidade, aperfeiçoem seus controles internos para ir além do monitoramento dos riscos de subscrição.

Ademais, conforme dito logo acima, implementar uma cultura de integridade vai muito além do simples cumprimento de uma norma. Aliás, a percepção do público interno e externo de que determinada organização passou a adotar os controles internos visando somente responder a um mandamento normativo pode acabar sendo um “tiro no pé”, pois restringiria as práticas à observância a requisitos genéricos, sem pensar nos mecanismos de Governança, Riscos e Compliance de forma holística.

Nesse sentido, é recomendável que as operadoras implementem um Sistema de Gestão de *Compliance* e Antissuborno que esteja em consonância com as melhores práticas internacionais, mormente em razão da concentração de mercado que se observa no segmento da saúde, o que pode levar à valorização do negócio.

Ademais, o reconhecimento da efetividade do Sistema por meio de auditorias internas e externas ou da adoção dos requisitos das normas ISO 19600:2014 e ISO 37001:2017, o monitoramento periódico das ferramentas de governança, riscos e *compliance* e a busca pela melhoria contínua, tudo com base no ciclo P-D-C-A (Plan-Do-Check-Act), permitem que sejam definidos e alcançados objetivos e que os resultados sejam avaliados de maneira crítica, olhos postos na aplicação de medidas corretivas eficazes.

Por fim, sugere-se que o trabalho de implementação ou sofisticação dos mecanismos de integridade, independente do framework escolhido, seja iniciado com a máxima brevidade, pois conforme a própria ANS asseverou quando das discussões para concepção da norma, exige-se uma adaptação estrutural e, principalmente, cultural, de modo que o prazo de transição até que os dispositivos da norma se tornem obrigatórios é bastante enxuto.

8. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Renata Gasparello de. **O capital baseado em risco**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2008.
- ANDERSON, Douglas J.; EUBANKS, Gina. **Leveraging COSO across the three lines of defense**. COSO, 2015. Disponível em: <https://www.coso.org/Documents/COSO-2015-3LOD.pdf>. Acesso em 11 set. 2019)
- ANTONIK, Luís Roberto. **Compliance, ética, responsabilidade social e empresarial: uma visão prática**. Rio de Janeiro, RJ: Alta Books, 2016.
- ASSI, Marcos. **Gestão de Compliance e seus desafios**. São Paulo: Saint Paul Editor, 2013.
- _____. **Governança, riscos e compliance**. São Paulo: Saint Paul Editora, 2017.
- ASSIS, Renato. **A vez da saúde na era do compliance**. Portal Direito Diário. Publicado em 23 de abril de 2019. Disponível em: <https://direitodiario.com.br/a-vez-da-saude-na-era-do-compliance/>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA. **ABNT NBR ISO 19011:2018**. Diretrizes para auditoria de sistemas de gestão. 3. ed. Rio de Janeiro, 2018
- _____. **ABNT NBR ISO 19600:2014**. Sistema de gestão de compliance. Rio de Janeiro, 2016.
- _____. **ABNT NBR ISO 31000:2018**. Gestão De Riscos – Diretrizes. 2. ed. Rio de Janeiro, 2018.
- _____. **ABNT NBR ISO 37001:2017**. Sistema de gestão antissuborno – requisitos com orientações para uso. Rio de Janeiro, 2017.
- BERBICZ, Rafael Baggio. **Fraudes em planos de saúde e seus reflexos na manutenção do sistema e beneficiários**. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Consulta Pública nº 73** – Proposta de Resolução Normativa que disciplina os critérios para definição do capital regulatório das operadoras de planos de assistência à saúde.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Governança Corporativa para fins de solvência das operadoras.** Rio de Janeiro, 2019.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Audiência Pública: Proposta de regulamentação de boas práticas de governança corporativa para capital baseado em risco na saúde suplementar.** Rio de Janeiro, 2018.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de Consulta Pública: Práticas de governança, controles internos e gestão de riscos pelas operadoras de plano de assistência à saúde.** Rio de Janeiro, 2018.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000.** Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 137, de 14 de novembro de 2006.** Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 162, de 17 de outubro de 2007.** Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124,

de 30 de março de 2006.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 196, de 14 de julho de 2009.** Dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 277, de 4 de novembro de 2011.** Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 388, de 25 de novembro de 2015.** Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa RN nº 443, de 25 de janeiro de 2019.** Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Regimental nº 01, de 17 de março de 2017**. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

_____. **Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Ministério da Fazenda. Conselho Nacional de Seguros Privados.

Resolução CNSP nº 321, de 2015. Dispõe sobre provisões técnicas, ativos redutores da necessidade de cobertura das provisões técnicas, capital de risco baseado nos riscos de subscrição, de crédito, operacional e de mercado, patrimônio líquido ajustado, capital mínimo requerido, plano de regularização de solvência, limites de retenção, critérios para a realização de investimentos, normas contábeis, auditoria contábil e auditoria atuarial independentes e Comitê de Auditoria referentes a seguradoras, entidades abertas de previdência complementar, sociedades de capitalização e resseguradores.

COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION. **Controle Interno – Estrutura Integrada**. Sumário Executivo. COSO, 2013.

ETHISPHERE. **Measuring Ethical Culture: what our data tells us**. Disponível em: <https://ethisphere.com/measure-culture-infographic/>.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Desafios da saúde suplementar 2019**. Disponível em: <http://fenasaude.org.br/publicacoes/guias-cartilhas.html>.

GIOVANINI, Wagner. **Compliance: a excelência na prática**. São Paulo: 2014.

HUSSMANN, Karen. **Addressing corruption in the health sector: securing equitable access to health care for everyone**. Bergen, Norway: CHR Michelsen Institute, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Auditoria interna: aspectos essenciais para o**

conselho de administração. São Paulo, SP: IBGC, 2018.

_____. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5.ed. São Paulo, SP: IBGC, 2015.

_____. **Compliance à luz da governança corporativa**. São Paulo, SP: IBGC, 2017.

_____. **Gerenciamento de riscos corporativos: evolução em governança e estratégia**. São Paulo, SP: IBGC, 2017.

_____. **Guia de orientação para o gerenciamento de riscos corporativos**. Coordenação: Eduarda La Rocque. São Paulo, SP: IBGC, 2007.

_____. **O papel do conselho de administração na estratégia das organizações**. São Paulo: IBGC, 2017.

_____. **Orientações sobre comitês de auditoria: melhores práticas no assessoramento ao conselho de administração**. São Paulo, SP: IBGC/IBRACON, 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil**. São Paulo: novembro, 2018. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/Arcabouco_Normativo_FINA L.pdf.

LAMBOY, et al. **Manual de Compliance**. Organizador Christian Karl de Lamboy. São Paulo: Instituto ARC, 2017.

LARA, Natalia Cairo. **Textos para Discussão nº 62-2017: Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil**. Coordenação Acadêmica: Antonio Campino. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2017.

MARQUES, Lúcio. **A Fraude no Seguro: Alvos e Formas de Combate**. Estudos Funenseg 10. Rio de Janeiro: Funenseg, 2006. Disponível em: http://www.ens.edu.br/arquivos/estudos_funenseg_10_2.pdf.

ROSS, et al. **Administração Financeira**. Porto Alegre: Grupo AMGH, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde:**

O caminho para a cobertura universal. Disponível em:
https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1.

SAVEDOFF, William D. **Transparency and Corruption in the Health Sector: A Conceptual Framework and Ideas for Action in Latin American and the Caribbean.** Disponível em:
<https://www.semanticscholar.org/>.

SILVA, Adriana Barbosa Sousa. **Capital Baseado em Risco no Mercado de Saúde Suplementar do Brasil: análise de impacto se adotado o modelo praticado no mercado de seguros.** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

SILVEIRA, Alexandre Di Miceli da. **Ética empresarial na prática: soluções para gestão e governança no século XXI.** Rio de Janeiro: Alta Books, 2018.

SINGH, Nitish; BUSSEN, Thomas J. **Compliance management: a how-to guide for executives, lawyers, and other compliance professionals.** Santa Barbara, California: Praeger, 2015.

SLOT et al. **Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector.** Luxembourg: European Union, 2017.

THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS. **Declaração de Posicionamento do IIA: As três linhas de defesa no gerenciamento eficaz de riscos e controles.** Janeiro 2013.

UNITED STATES. Department of Justice. **Justice Department Recovers Over \$2.8 Billion from False Claims Act Cases in Fiscal Year 2018.** Disponível em:
<https://www.justice.gov/opa/pr/justice-department-recovers-over-28-billion-false-claims-act-cases-fiscal-year-2018>. Acesso em 16 set. 2019.

VERÍSSIMO, Carla. **Compliance: incentivo à adoção de medidas anticorrupção.** São Paulo: Saraiva, 2017.

SISTEMAS DE GESTÃO DE COMPLIANCE

NAS OPERADORAS DE
PLANOS DE SAÚDE
E A RN Nº 443/2019



A Resolução Normativa RN nº 443/2019, da Agência Nacional de Saúde (ANS), obriga as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) a rever suas estruturas internas visando adotar o que chamou de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos. Tal medida é louvável no sentido de que coloca sob a mesma guarida conceitos que não tão facilmente são entendidos de maneira holística. Contudo, após uma análise minuciosa do complexo ambiente institucional da saúde no qual as OPS estão inseridas e com base em uma

pesquisa qualitativa realizada com 25 (vinte e cinco) organizações, concluiu-se que a adoção de metodologias mais robustas e reconhecidas como a ISO 19600:2014 e a ISO 37001:2017 são muito mais vantajosas do que a simples adaptação de processos internos para cumprir com os dispositivos normativos propostos pela ANS, sobretudo em uma conjuntura na qual observa-se o aumento da regulação e se vislumbra uma maior concentração do mercado. O presente estudo, portanto, apresenta-se como uma imersão aos conceitos mais modernos de Governança, Gestão de Riscos, Compliance e Auditoria e sua efetiva aplicação às diferentes realidades das OPS face a este novo cenário regulatório.

FERNANDO HENRIQUE ZANONI

Advogado de formação, executivo jurídico por experiência profissional, com histórico de 8 anos de atuação em empresas dos mais diversos portes e ramos de negócio e consultor em Compliance, Integridade e Conformidade Corporativa por aptidão e paixão.

Profissional certificado pela Compliance Certification Board como Compliance & Ethics Professional - International.

Sócio-Diretor da CódigoConduta.com.