

Seminário
CAMINHOS PARA
O FORTALECIMENTO
DAS AUTOGESTÕES
EM SAÚDE



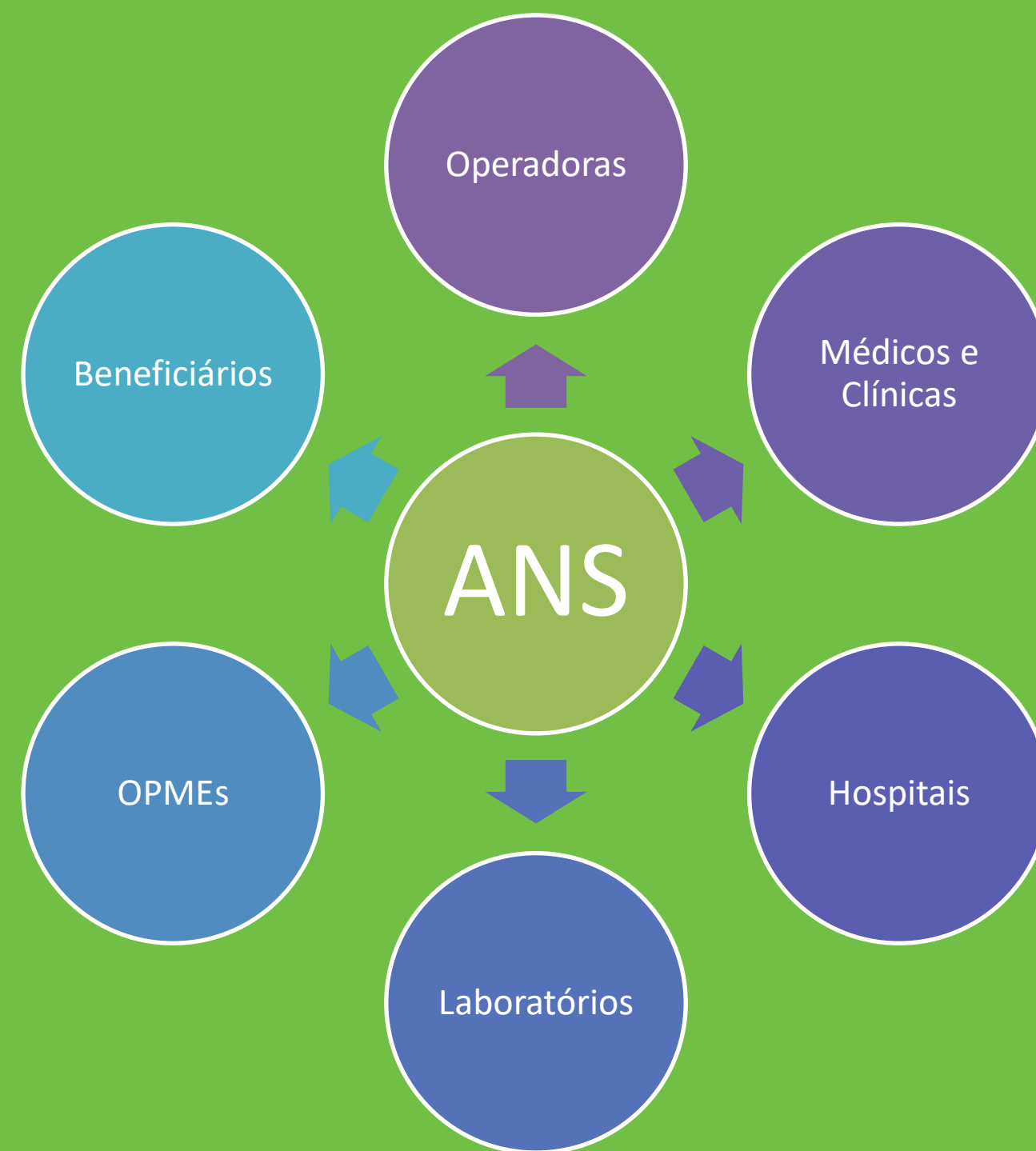
WWW.ANAPAR.COM.BR

Uma nova estrutura regulatória para a autogestão em saúde

Celson Oliveira

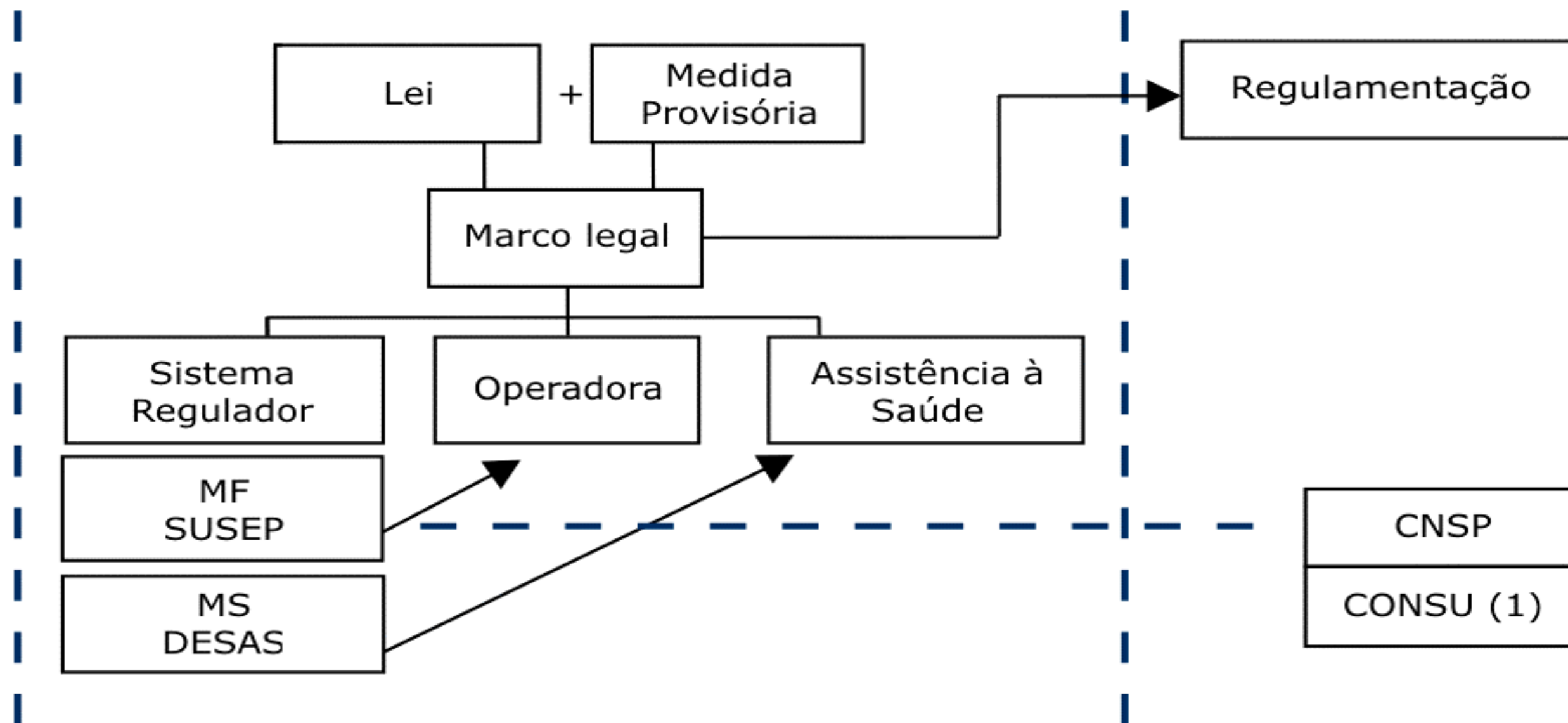
Assessor Jurídico - Federação Única dos Petroleiros (FUP)

CONFIGURAÇÃO HISTÓRICA E REGULAMENTAÇÃO DO SETOR



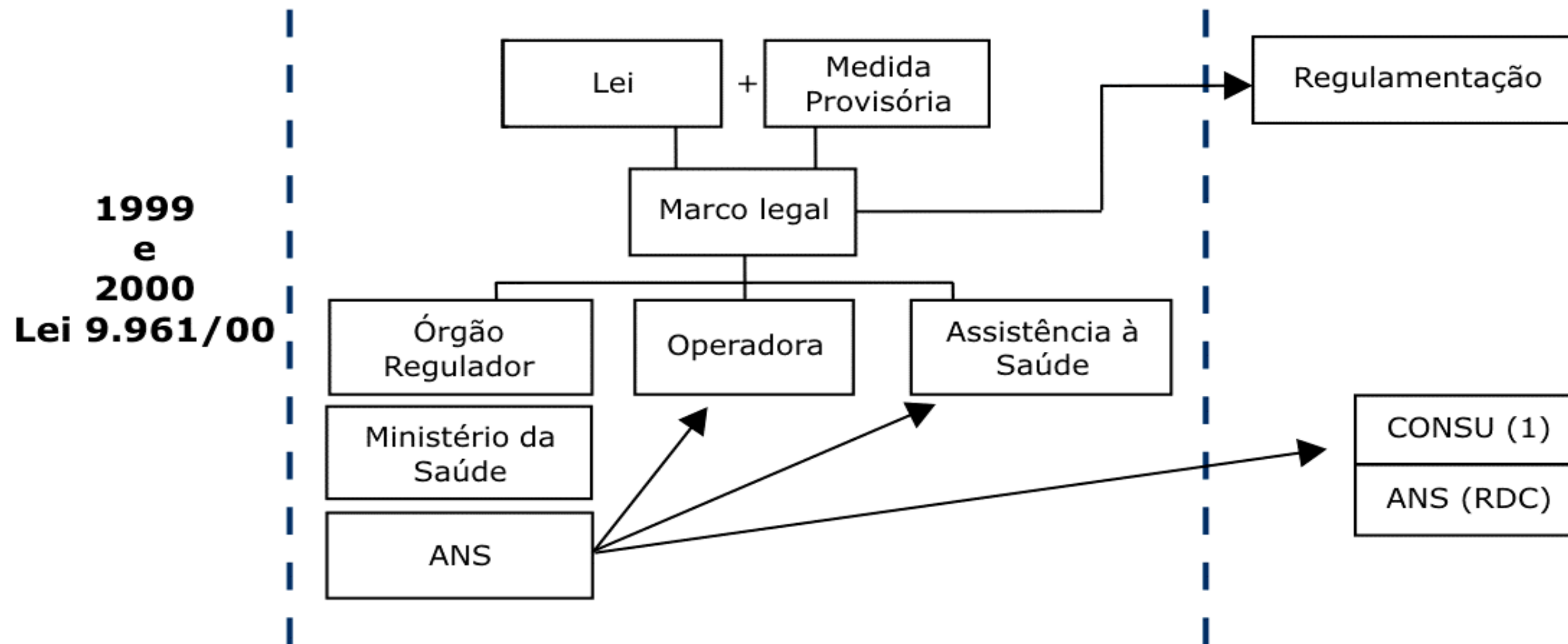
CONFIGURAÇÃO HISTÓRICA E REGULAMENTAÇÃO DO SETOR

1998
Lei 9.656



(1) De 1998 até agosto de 1999 - Órgão normativo de assistência à saúde

Unificação da regulação e criação da ANS



(1) Setembro de 1999 em diante - Órgão inter-ministerial. Fixa as diretrizes da regulamentação.

CONFIGURAÇÃO HISTÓRICA E REGULAMENTAÇÃO DO SETOR

DESVENDANDO A SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: CARACTERÍSTICAS DO SETOR:

- * Densa regulamentação;
- * Crescente aumento de custos assistenciais;
- * Forte concentração;
- * Aumento da base de beneficiários, em virtude da pandemia de COVID 19
https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html;
- * Encolhimento da Autogestão em Saúde, em detrimento do crescimento das Administradoras de Benefícios e Seguradoras Especializadas em Saúde;
https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html
https://unidas.org.br/pesquisa-unidas/#dflip-df_1789/49/

EXCLUSÃO DE MILHARES DE BENEFICIÁRIOS

Com 591.512 beneficiários registrados no mês de **maio de 2015**, a GEAP informou à ANS em **janeiro de 2022** a existência de 281.522 beneficiários, fato que representa nada menos do que a exclusão de 309.990 (trezentos e nove mil, novecentos e noventa) beneficiários, ou **3.874 (três mil, oitocentos e setenta e quatro beneficiários)**, a cada mês, em todo o período:

FONTE: Dados extraídos da Sala de Situação da ANS:
www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao

NÚMERO DE EXCLUSÕES DA GEAP, NOS ÚLTIMOS 6 ANOS E MEIO

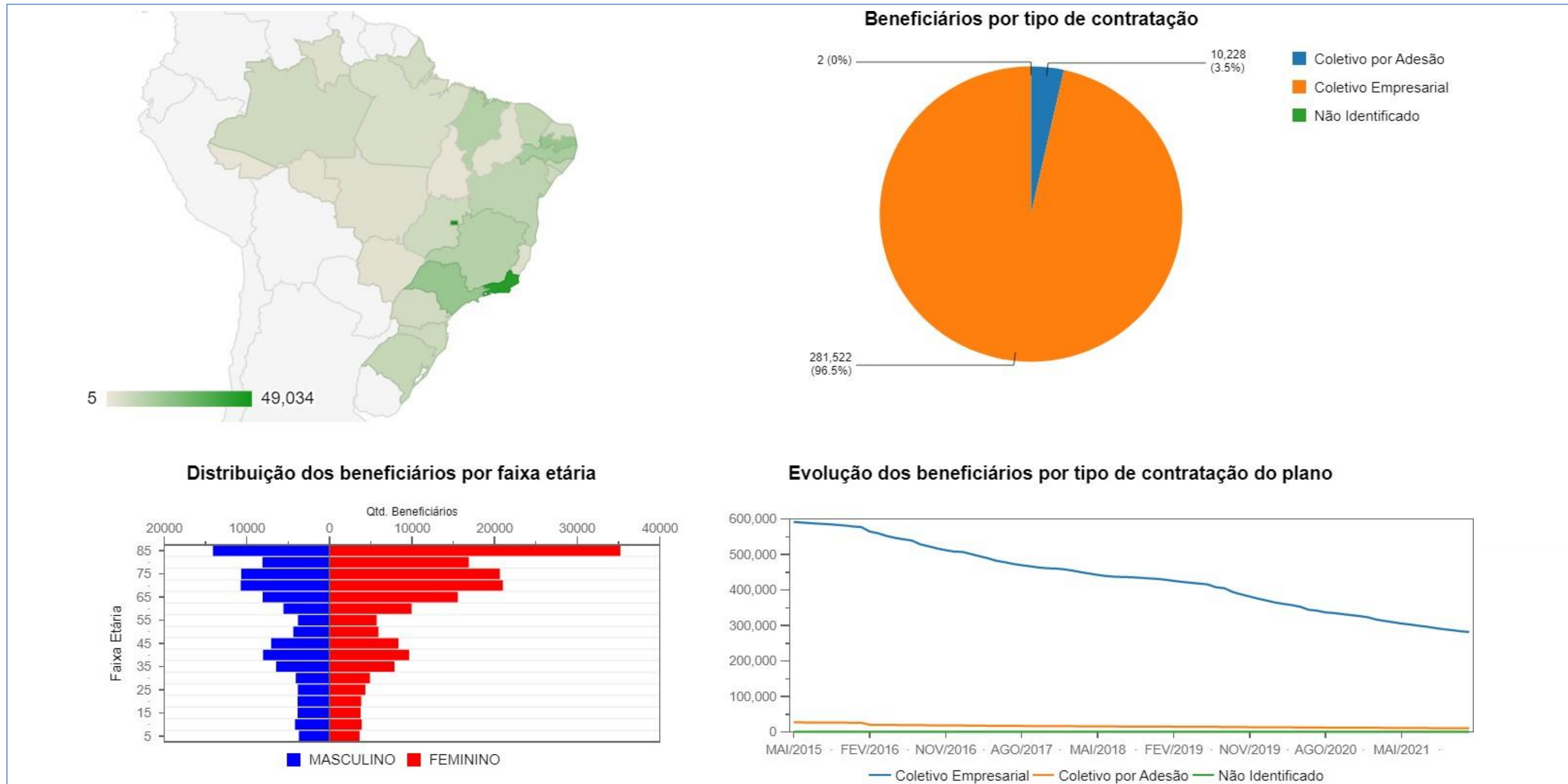


Figura 8: Imagem capturada da Tela pertinente à “Composição da Carteira”, divulgada no âmbito da Sala de Situação da ANS. Acesso em 18.03.2022: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de_situacao.html

Agência regulatória

AGENDA DE ARR

Tema da ARR	Atos normativos a serem submetidos à ARR	Justificativa conforme o §3º do art. 13 do Decreto nº 10.411/2020	Prazo de conclusão
Visita técnico-assistencial	IN nº 53/2017	"IV - tratamento de matéria relevante para a agenda estratégica do órgão; V - vigência há, no mínimo, cinco anos"	3º tri/2024
Parâmetros da metodologia do reajuste individual	RN nº 441/18	"I - ampla repercussão na economia ou no País; III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos; IV - tratamento de matéria relevante para a agenda estratégica do órgão; ou"	1º tri/2023
Análise sobre os conceitos de grupo econômico e rede própria na saúde suplementar	RN nº 85/2004, RN nº 475/2021, RN nº 531/2022 e IN nº 43/2013	III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos;	2º tri/2023
Autogestões	RN nº 137/2006 e IN nº 20	III - impacto significativo em organizações ou grupos específicos; e V - vigência há, no mínimo, cinco anos.	4º tri/2024

Agenda das Operadoras de Planos de Saúde:

[HTTPS://VALOR.GLOBO.COM/EMPRESAS/NOTICIA/2023/05/17/FOCO-DAS-OPERADORAS-EM-2023-E-REAJUSTAR-PRECO-DOS-PLANOS.GHTML?](https://valor.globo.com/empresas/noticia/2023/05/17/foco-das-operadoras-em-2023-e-reajustar-preco-dos-planos.ghtml?utm_source=whatsapp)



Agenda das Operadoras de Planos de Saúde:

Planos de saúde lucram R\$ 1,45 bi no 1º semestre

Ganhos financeiros explicam o resultado. No desempenho operacional, prejuízo foi de R\$ 4,3 bilhões, o que reflete dificuldades do setor no pós-pandemia. Operadoras alteram redes credenciadas e apertam fiscalização

LUCCIANA CASEMIRO
luciana@folha.com.br

Os planos de saúde médicos e hospitalares fecharam o primeiro semestre deste ano com um lucro de R\$ 1,45 bilhão, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Um avanço frente ao mesmo período do ano passado, quando o setor fechou com prejuízo de R\$ 691,6 milhões.

Apesar da melhora, o resultado operacional, que contabiliza as mensalidades e os custos de assistência à saúde dos beneficiários, administração e corretagem, ainda está negativo em R\$ 4,3 bilhões.

Esse prejuízo foi compensado pelo resultado financeiro recorde de R\$ 5,9 bilhões, fruto principalmente da remuneração de aplicações financeiras, que acumularam ao fim do período quase R\$ 105,7 bilhões. A regulamentação do setor exige que planos mantenham reservas financeiras.

Na avaliação de Jorge Aquino, diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, apesar de o resultado operacional estar longe do ideal, há uma recuperação:

— Não é salutar que as empresas vivam de resultado financeiro. É preciso que a atividade gere riqueza. O operacional está contaminado pela Covid de 2020, mas mostra recuperação. O resultado do terceiro trimestre é que vai comprovar se isso vai acontecer.

Na visão de Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o resultado está longe de um cenário positivo. Ele prevê que o setor feche o ano com um prejuízo operacional entre R\$ 8 bi-

lhões e R\$ 9 bilhões, abaixo dos R\$ 10,7 bilhões de 2022:

— Não dá para falar que melhorou com um resultado operacional negativo. Não vai ser como no ano passado, mas a operação tem que se bancar para remunerar o capital. Apesar de todos os esforços, este deverá ser o terceiro ano de resultado operacional negativo. Nossa projeção é ficar no zero a zero no operacional apenas em 2024.

Na tentativa de mudar esse cenário, Novais cita alterações em redes credenciadas, mais fiscalização no pagamento de procedimentos médicos a prestadores e de reembolso aos consumidores, revisão nas tabelas de preços e reajustes dos contratos.

— Isso resulta em mais demora para pagar prestadores e reembolsar clientes, em queixas sobre mudanças nas redes. Mas quando fazemos uma alteração na rede é porque a tabela de preços do hospital, do prestador, não cabe mais no valor daquele produto. A frequência de uso continua aumentando — diz Novais.

PIORA EM AMIL E UNIMED-RIO

Para o economista Lucas Andrietta, do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas da USP, em comparação ao primeiro semestre do ano passado, há melhora:

— Parece haver poucas razões para se preocupar e, sobretudo, para que o setor se mobilize pelo afrouxamento da regulação com argumentos catastrofistas.

Assim como no primeiro semestre de 2022, Amil e Unimed-Rio tiveram os piores resultados: prejuízo de

OS NÚMEROS DO SETOR

Acumulado de janeiro a junho, em R\$ bilhões



Fonte: ANS

R\$ 866 milhões e de R\$ 839 milhões, respectivamente.

Procurada, a Amil diz que "segue com a agenda de crescimento com sustentabilidade, focada em aprimorar a eficiência da operação, formar parcerias estratégicas, alinhar oportunidades para as unidades de negócio e fortalecer a integração das soluções de saúde para nossos clientes." Também procurada, a Unimed-Rio não se manifestou.

Na avaliação do economis-

ta Carlos Ocké-Reis, técnico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), os números das duas operadoras pesam sobre o resultado geral de forma significativa:

— São números que escapam da média. Olhando os dados de forma geral, parece-me que houve um problema localizado, isolado, que foi a pandemia, e não parece haver um novo padrão de uso.

O economista chama atenção para a queda na receita

com mensalidades apontada pela ANS, apesar do crescimento do número de beneficiários. Segundo dados da agência, o valor arrecadado por beneficiário caiu 10%, em termos reais, frente ao primeiro trimestre de 2019. Esse número, na avaliação da ANS, apontaria que a sinistralidade (relação entre o quanto se arrecada com mensalidade e o que se gasta com o atendimento) pode estar alta não exatamente pelo

maior uso por parte dos consumidores, mas devido à falta de recomposição da receita pelas empresas.

— Considerando as dificuldades econômicas das famílias, podemos supor que as operadoras, para atrair novos consumidores após a pandemia, venderam planos empresariais e por adesão com preços mínimos de entrada irrealistas. Esse fato é sazonal e em breve será superado: seja, de um lado, pelos sistemáticos reajustes no mercado, seja pela regularização do uso dos procedimentos (que subiu no pós-pandemia) — diz Ocké-Reis.

PLANOS MAIS BARATOS

Novais refuta essa hipótese. Segundo ele, houve, sim, oferta de planos mais baratos, mas com características diferentes dos tradicionalmente ofertados, como área de cobertura mais restrita e redes de atendimento mais enxutas.

O superintendente da Abramge afirma, porém, que as operadoras foram surpreendidas com a sinistralidade desses novos planos. O índice fechou o semestre em 87,9. Ou seja, de cada R\$ 100 recebidos com mensalidade, R\$ 87,90 foram gastos com assistência.

Para Novais, o grande peso desse encolhimento da receita por beneficiário está no rebaixamento de planos para outros mais simples:

— Isso sempre aconteceu, mas não com a intensidade que vimos nos últimos tempos. O natural em todo mercado é que, quando cai a receita, os custos acompanhem, mas não é o que estamos vendo nesse mercado.

[HTTPS://WWW.LINKEDIN.COM/POSTS/SERGIO-RICARDO-SANTOS-%F0%9F%8F%B3%EF%B8%8F%E2%80%8D%F0%9F%8C%88-0B4A6B3_PLANODESAUDE-CUSTO-SINISTRALIDADE-ACTIVITY-7104402718953226240-YHV5?UTM_SOURCE=SHARE&UTM_MEDIUM=MEMBER_IOS](https://www.linkedin.com/posts/sergio-ricardo-santos-%F0%9F%8F%B3%EF%B8%8F%E2%80%8D%F0%9F%8C%88-0B4A6B3_PLANODESAUDE-CUSTO-SINISTRALIDADE-ACTIVITY-7104402718953226240-YHV5?utm_source=share&utm_medium=member_ios)

Hospitais registram atraso bilionário de pagamento por planos de saúde

Associação diz que prazo para receber subiu de 70 para 120 dias



<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2023/09/hospitais-registram-atraso-bilionario-de-pagamento-por-planos-de-saude.shtml>

Por que 8 Unimed's estão entre os 20 planos com mais reclamações na ANS

Wanderley Preite Sobrinho • Do UOL, em São Paulo

06/09/2023 04h00 ⌚ Atualizada em 06/09/2023 19h30



[HTTPS://NOTICIAS.UOL.COM.BR/SAUDE/ULTIMAS-NOTICIAS/REDACAO/2023/09/06/UNIMED-RECLAMACAO-RANKING-ANS-COOPERATIVAS.HTM](https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2023/09/06/unimed-reclamacao-ranking-ans-cooperativas.htm)

O segmento de soluções em saúde suplementar segue com tendência de concentração, sem perspectivas de curto prazo de equilíbrio nas contas. Nas décadas de 1980 e 1990 prevaleciam os modelos híbridos (Planos de Saúde com Rede Própria e Rede Conveniada), que foram sucedidos por uma fase de migração do modelo de Planos de Saúde para o segmento de Seguros de um lado, e Empresas e Profissionais de saúde do outro. O cenário atual mostra uma retomada do pacote completo vigente na década de 1990, com segurados (ou associados) e prestadores de serviços médicos e hospitalares, sob o mesmo chapéu. Entraram também em cena as Clínicas Populares para uma parcela da população sem cobertura de seguros de saúde. Permanecer atuando no Brasil com este cenário tem sido um desafio para a UHG, uma gigante internacional.

ECONOMIA

Bye bye Brasil

O UnitedHealth Group, a maior empresa de saúde do mundo, contratou o BTG para vender sua operação no Brasil: nada menos que a Amil, dona de um dos maiores planos de saúde do Brasil e de uma rede de hospitais próprios.

REDES DE INFLUÊNCIA E O JOGO POLÍTICO, NA SEGUNDA DÉCADA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

* Fundador da Qualicorp é preso em operação que investiga José Serra - Época Negócios | Empresa (globo.com)

* Filha do ministro Braga Netto vai para a ANS com salário de R\$ 13 mil (gazetadopovo.com.br)

* Demitido da Petrobras, executivo pode ser investigado por terceirização bilionária | O Antagonista (uol.com.br)

Agenda ANAPAR

PREMISSAS PARA O NOVO MARCO REGULATÓRIO DA AUTOGESTÃO EM SAÚDE		
	Meta	JUSTIFICATIVAS
1.	Adoção de política de governança livre de ingerências políticas, institucionais (instituidoras, mantenedoras ou patrocinadoras) ou corporativas, que possam gerar prejuízos à: (i.) eficiência administrativa; (ii.) qualidade dos serviços assistenciais; (iii.) capacidade de pagamento por parte dos beneficiários.	O objetivo é impedir que as instituidoras, mantenedoras ou patrocinadoras faça das autogestões mera fonte de receitas, de diminuição de custos indiretos ou de alocação de favorecimentos políticos ou corporativos, dentre outros interesses alheios à eficiência dos serviços ofertados aos beneficiários (empregados, aposentados, pensionistas, servidores, aposentados e respectivos familiares).
2.	Obrigatoriedade quanto à instituição de política de governança , fundada na representatividade dos beneficiários, em grau de equidade com as instituidoras, mantenedoras ou patrocinadoras -, capaz de lhes assegurar: (i.) assunção de cargos em face de todos os órgãos sociais da operadora; (ii.) efetivo poder decisório, em todas as matérias; (iii.) compartilhamento e alternância quanto ao exercício da presidência dos órgãos estatutários, de natureza diretiva e fiscalizatória (Conselho Deliberativo, Diretoria Executiva, Conselho Fiscal).	Esta previsão organizativa deve estar prevista em lei. A alternância do poder político governamental tem apontado para a insegurança jurídica e o esfacelamento institucional de estruturas outrora equilibradas pela equidade no trato das relações sociolaborais. É preciso garantir o equilíbrio de forças e a função social dos benefícios relacionados à assistência médica supletiva, de modo que decisões eminentemente técnicas e de respeito aos direitos fundamentais de trabalhadores da ativa e aposentados, prevaleça para além do poder político regente.

Agenda ANAPAR

3.	<p>Adoção de política salarial e de estabilidade profissional, com vista à atração de quadros dedicados à especialização em saúde suplementar, concomitante à vedação de práticas salariais ou sindicais discriminatórias.</p>	<p>A adoção de políticas salariais ou sindicais discriminatórias, fundadas na vulneração da capacidade financeira ou do vínculo laboral, e na impossibilidade de filiação ou exercício de cargo sindical (atual ou pretérito), para a assunção de cargos integrantes da estrutura decisória ou gerencial das operadoras de planos de saúde de autogestão tem se constituído prática usual de controle do poder decisório das instituidoras, mantenedoras ou patrocinadoras, na medida em que inibem a atuação independente e comprometida destes quadros e o próprio interesse no desempenho de tais funções.</p>
5.	<p>Obrigatoriedade quanto à instituição de política de transparência plena, da qual deflua o dever de publicação de Atas do Conselho Deliberativo, Diretoria Executiva, Conselho Fiscal, Comissão de Ética, Comitê Eleitoral ou de órgãos equivalentes segundo as suas respectivas esferas de competência -, protegidos os dados sensíveis de beneficiários, tal como as informações confidenciais ou sigilosas, estritamente qualificadas por lei. Informações não contidas neste rol deverão estar sujeitas ao escrutínio do Conselho Deliberativo, observado o parecer do Conselho Fiscal, para as consideradas confidenciais.</p>	<p>A prescrição legal de adoção de tal política visa instituir a democrática participação de todos os responsáveis pelo custeio do plano de saúde nos desígnios da assistência suplementar a saúde mantida sob o regime de Autogestão, evitando por outro lado a proliferação de critérios subjetivos de sigilo e a conseqüente restrição de acesso à dados, informações ou documentos de interesse dos beneficiários.</p>
6.	<p>Obrigatoriedade quanto à instituição de política de informação efetiva, da qual deflua o dever de os membros dos órgãos estatutários ou similares prestar esclarecimentos aos beneficiários sobre as diversas áreas, assuntos e decisões relativas aos planos oferecidos -, vedado o cerceamento às ações de compartilhamento de informações com os beneficiários, órgãos de controle ou órgãos integrantes do Poder Judiciário, Legislativo ou Executivo, assim também às entidades representativas dos beneficiários e demais setores que mantenham relação com a preservação dos direitos dos beneficiários dos planos de saúde.</p>	<p>Esse é um dos principais pilares do segmento da Autogestão em Saúde. A transparência é primordial para a preservação e sustentabilidade das operadoras de autogestão, na medida em que impede a ocorrência de situações prejudiciais aos beneficiários e à própria manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano de saúde, em decorrência de inconformidades ou danos não verificados a tempo de se tomar as providências cabíveis.</p>

Agenda ANAPAR

7.	Submissão da aprovação das políticas e de atos normativos ou jurídico-negociais estruturais ao Conselho Deliberativo ou órgão similar de representação dos beneficiários, vedada a delegação ou possibilidade de exercício do voto de qualidade (Voto de Minerva).	As políticas estruturantes têm, por essência, natureza estratégica e caráter de perenidade organizacional, a requerer apreciação distinta dos órgãos de natureza executiva. Englobam-se nesta modalidade de tratamento: (i.) aprovação e reforma de estatuto social; (ii.) criação de novos planos; (iii.) aprovação de contratos de adesão; (iv.) elaboração ou alteração de regulamentos de planos; (v.) celebração de convênios relacionados à entrada e saída de patrocinadoras; (vi.) aprovação de termos de garantia financeira; dentre outros instrumentos essenciais à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano de saúde, englobada a capacidade de pagamento dos beneficiários. O voto de qualidade, por sua vez, tem limitado critérios de paridade e equidade, considerados na formação dos Conselhos Deliberativos, permitindo por outro lado a concentração de poder decisório no seio das instituidoras, mantenedoras ou patrocinadoras e a ineficácia dos representantes eleitos.
----	--	--

Agenda ANAPAR

8.	<p>Obrigatoriedade de estruturação de Comissão de Ética e de Comissão Eleitoral ou órgãos similares, sob o formato paritário, composto por membros exclusivamente eleitos entre os representantes dos beneficiários e representantes indicados pelas instituidoras, mantenedoras ou patrocinadoras, vedada a possibilidade de exercício do voto de qualidade e assegurado o efetivo contraditório.</p>	<p>A instituição de Comissões de Ética, Comitês de Apuração ou Comissão Eleitoral deverá ser disciplinada por intermédio de específicos regimentos internos, capazes de garantir a efetiva participação democrática de membros legitimamente eleitos, quer indicados pelas instituidoras, mantenedoras ou patrocinadoras, quer indicados pelos beneficiários responsáveis pelo custeio do plano de saúde. Doutro lado garantir-se-á como medida de segurança jurídica a todos os públicos de interesse o exercício do contraditório em todas as suas dimensões, a exemplo da: (i.) obrigatoriedade de rito procedimental previamente conhecido; (ii.) possibilidade de produção de prova técnica especializada, às expensas da instituidora, mantenedora, patrocinadora ou da operadora, conforme o caso.</p>
9.	<p>Garantia de gestão e fiscalização do plano de saúde por meio de estruturas administrativas, gerenciais e fiscalizatórias especialmente constituídas, no âmbito das Operadoras de Autogestão geridas por Departamento de Recursos Humanos, devendo ser assegurada a participação de representantes eleitos entre os beneficiários, de modo equivalente às entidades de autogestão por associação.</p>	<p>A modalidade de gestão do plano de saúde não desnatura a atividade, nem os controles exigidos quanto à eficiência administrativa ou operacional requeridas para este objetivo. A distinção também não exime os beneficiários da responsabilidade pelo custeio, independente da modalidade pagamento, a menos que o benefício seja integralmente custeado pela instituidora, mantenedora ou patrocinadora. Ainda nesta última hipótese, é importante ter em mente que a assistência médica supletiva constitui direito associado à função social desempenhada pela estatal ou empresa privada, segundo as dimensões inseridas em políticas de ESG passíveis de reflexos na valorização de ações ou quotas do patrimônio empresarial.</p>

Alterações propostas em face da estrutura regulatória vigente

ORIGINAL	PROPOSTA UNIDAS	JUSTIFICATIVAS UNIDAS	TEXTO ANAPAR	JUSTIFICATIVAS ANAPAR
<p>Art. 1º Esta resolução dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.</p>			<p>Art. 1º Esta resolução dispõe sobre as entidades de autogestão, no âmbito do sistema de saúde suplementar, observadas as suas especificidades distintas, relativamente às demais modalidades de assistência à saúde suplementar.</p>	<p>Emenda de natureza modificativa e aglutinativa, sugerida com o objetivo de destacar não apenas a distinção conceitual, mas a obrigatoriedade de especificidade regulatória, que deve nortear a disciplina legal e regulamentar atribuída às operadoras classificadas sob a modalidade de autogestão em saúde. A propósito, é sabido que – exceto pelas Seguradoras Especializadas em Saúde, a classificação das diversas modalidades de assistência à saúde suplementar encontravam-se inicialmente regulamentadas no seio do ART. 10 (incisos I a VII) da Resolução de Diretoria Colegiada RDC/ANS nº 39, de 27 de outubro de 2000, posteriormente revogada pela RN nº 531, de 02/05/2022, donde se destacou a Autogestão das demais modalidades (cooperativas médicas e odontológicas; Filantropia, Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo). Desde então, as chamadas “entidades de autogestão”, passaram a ser exclusivamente regidas pela Resolução Normativa DC/ANS nº 137, de 14/11/2006, seguindo o padrão de distinção aplicado às: 1. Seguradoras Especializadas em Saúde (Lei n.º 10.185, de 2001); 2. Administradoras de Benefícios (RN nº 515, de 29 de abril de 2022, que revogou a Resolução Normativa nº 196, de 14 de julho de 2009);</p>

PL 7.419, de 2006

Caso aprovado, o projeto de lei em voga incidirá em flagrante inconstitucionalidade reflexa, passível de reprimenda intermédio da adoção de Ação Direta de Inconstitucionalidade, haja vista a flagrante contrariedade a preceitos de ordem normativa correlacionados ao Código Civil, ao próprio Código de Defesa do Consumidor e ao Marco Regulatório do Setor de Saúde Suplementar (Lei 9.656/98).



PL N° 7.419, DE 2006

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

EMENDA ADITIVA N° _____

Acrescentem-se os seguintes dispositivos ao PL n° 7.419, de 2006:

Art. X1 O art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do § 6º:

“Art. 1º

§ 6º As operadoras de planos de assistência à saúde que operam sob a modalidade de autogestão não possuem fins lucrativos e serão constituídas sob uma das seguintes modalidades:

I - pessoa jurídica de direito público ou privado, ou agrupamento de companhias reunidas sob os mais diversos arranjos empresariais, que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou