

Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR)

Análise sobre a regulamentação das Autogestões
Resolução Normativa n.º 137, de 2006 e posteriores alterações

Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR)

Análise sobre a regulamentação das Autogestões
Resolução Normativa n.º 137, de 2006 e posteriores alterações

Relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR)

Análise sobre a regulamentação das Autogestões
Resolução Normativa n.º 137, de 2006 e posteriores alterações



©2024. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES
Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SECEX/PRESI
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20021-040 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel: +55 (21) 2105-0000
Disque-ANS: 0800 701 9656
www.gov.br/ans
ouvidoria@ans.gov.br

DIRETORIA COLEGIADA – DICOL

Diretor-Presidente

Diretor de Gestão – DIGES

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

Diretor de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Maurício Nunes da Silva

Diretora de Fiscalização – DIFIS

Eliane Aparecida de Castro Medeiros

Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Jorge Antônio Aquino Lopes

Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Alexandre Fioranelli

EQUIPE TÉCNICA

Alexandre Fiori Pregueiro
Fernanda Freire de Araújo
Maria Alice Malheiro da Silva do Amaral Ferreira Lopes
Samir José Caetano Martins
Washington Oliveira Alves

RESPONSÁVEL

Cesar Brenha Rocha Serra
Jorge Antônio Aquino Lopes

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social c

NORMALIZAÇÃO E REFERÊNCIAS

Sergio Pinheiro Rodrigues (Biblioteca/CGDOP/GEQIN/DIGES)

Ficha Catalográfica

A265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Relatório de análise de impacto regulatório (AIR): análise sobre a regulamentação das autogestões. Resolução Normativa n.º 137,
de 2006 e posteriores alterações. Agência Nacional de Saúde (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, dez. 2024.
9,27MB
1. Análise de impacto regulatório. 2. Regulação. 3. Saúde suplementar.
I. Título.

CDU 368.382

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CONSULTAS MÉDICAS POR MODALIDADE DE OPERADORA	15
FIGURA 2 – OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MODALIDADE DE OPERADORA	15
FIGURA 3 – ESTATÍSTICAS GERAIS DE PROCEDIMENTOS POR PROFISSIONAL – TERAPIA OCUPACIONAL AUTOGESTÕES	16
FIGURA 4 – ESTATÍSTICAS GERAIS DE PROCEDIMENTOS POR PROFISSIONAL – TERAPIA OCUPACIONAL SEGURADORA	16
FIGURA 5 – EXAMES POR MODALIDADE DE OPERADORA	17
FIGURA 6 - TERAPIAS POR MODALIDADE DE OPERADORA	17
FIGURA 7 - INTERNAÇÕES POR MODALIDADE DE OPERADORA	18
FIGURA 8 – PERFIL DE CONSULTAS MÉDICAS – DEMAIS MODALIDADES X AUTOGESTÕES	18
FIGURA 9 – MÉDIA DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR BENEFICIÁRIOS ATENDIDOS POR MODALIDADE	19
FIGURA 10 – QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS POR ANO POR FAIXA ETÁRIA – DEMAIS MODALIDADES X AUTOGESTÕES	20
FIGURA 11 – INTERNAÇÕES POR TIPO DEMAIS OPERADORAS X AUTOGESTÕES	20
FIGURA 12 – INTERNAÇÕES POR CAUSAS SELECIONADAS	21
FIGURA 13 – MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO - AUTOGESTÕES	22
FIGURA 14 – MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO – DEMAIS OPERADORAS	23
FIGURA 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS ACOMPANHADAS PELO MAPEAMENTO DO RISCO POR MODALIDADE	25
FIGURA 16 – DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS EM FAIXAS DE RISCO DO MAPEAMENTO (SETOR)	26
FIGURA 17 – DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO NAS FAIXAS DE RISCO DO MAPEAMENTO, POR PORTE	26
FIGURA 18 - DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS OPERADORAS NO 1º TRIMESTRE DE 2024 – AUTOGESTÃO X GERAL	27
FIGURA 19 - DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS OPERADORAS NO 1º TRIMESTRE DE 2024 – MEDICINAS DE GRUPO X GERAL	27
FIGURA 20 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS OPERADORAS NA DIMENSÃO ATUARIAL	28
FIGURA 21 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO NA DIMENSÃO ATUARIAL POR FIXA DE NOTA E PORTE DA OPERADORA	28
FIGURA 22 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS AUTOGESTÕES VS. SETOR, NA DIMENSÃO ATUARIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024	29
FIGURA 23 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS MEDICINAS DE GRUPO VS SETOR, NA DIMENSÃO ATUARIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024	29
FIGURA 24 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS OPERADORAS NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL, SEGUNDO AS FAIXAS DE NOTA	30
FIGURA 25 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS AUTOGESTÕES NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL, POR PORTE DA OPERADORA	31
FIGURA 26 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS AUTOGESTÕES NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024	31
FIGURA 27 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS MEDICINAS DE GRUPO NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024	32
FIGURA 28 – VALOR COMERCIAL CONSOLIDADO – DEMAIS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES X AUTOGESTÕES	33
FIGURA 29 – VALOR COMERCIAL – FAIXA 59 ANOS OU MAIS	34
FIGURA 30 – REAJUSTE COLETIVO – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS – ÚLTIMOS 5 ANOS	34
FIGURA 31 – RESUMO DE ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS – ÚLTIMOS 5 ANOS – PORTE DETALHADO POR AGRUPAMENTO – AUTOGESTÕES	35

FIGURA 32 - PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS EM CONTRATOS POR REAJUSTE POR PORTE DE CONTRATO – DEMAIS OPERADORAS MÉDICO HOSPITALARES.	37
FIGURA 33 – PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS EM CONTRATOS POR REAJUSTE POR PORTE DE CONTRATO – AUTOGESTÕES	38
FIGURA 34 – REAJUSTE MÉDIO AUTOGESTÕES	39
FIGURA 35 – SINISTRALIDADE POR CARTEIRA PRÓPRIA - DEMAIS OPERADORAS MÉDICO HOSPITALARES	40
FIGURA 36 – SINISTRALIDADE POR CARTEIRA PRÓPRIA - AUTOGESTÕES	40
FIGURA 37 - VARIAÇÃO ANUAL E SINISTRALIDADE POR TIPO DE OPERADORA - AUTOGESTÕES	41
FIGURA 38 - VARIAÇÃO ANUAL E SINISTRALIDADE POR TIPO DE OPERADORA – DEMAIS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES	41
FIGURA 39 – CONTRAPRESTAÇÃO E EVENTOS PER CAPITA POR MODALIDADE DE PAGAMENTO - AUTOGESTÕES	42
FIGURA 40 – CONTRAPRESTAÇÃO E EVENTOS PER CAPITA POR MODALIDADE DE PAGAMENTO – DEMAIS MODALIDADES	42
FIGURA 41 – SINISTRALIDADE COM E SEM EFEITO DAS PROVISÕES TÉCNICAS - AUTOGESTÕES	43
FIGURA 42 – SETOR GERAL – SITUAÇÃO PROCESSUAL POR ATENDIMENTOS	45
FIGURA 43 – AUTOGESTÕES – SITUAÇÃO PROCESSUAL POR ATENDIMENTOS	45
FIGURA 44 – AUTOGESTÕES TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO POR REGIÃO NO PERÍODO	46
FIGURA 45 – TAXA PONDERADA DE UTILIZAÇÃO AUTOGESTÕES:	46
FIGURA 46 – TAXA PONDERADA DE UTILIZAÇÃO – DEMAIS OPERADORAS X AUTOGESTÕES	47
FIGURA 47 – IDSS DO SETOR – DEMAIS OPERADORAS X AUTOGESTÕES	48
FIGURA 48 – COMPARATIVO POR FAIXA DE AVALIAÇÃO	48
FIGURA 49 – RAZÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS COM GENERALISTA POR ESPECIALISTAS	49
FIGURA 50 – RENAL CRÔNICO – AUTOGESTÕES	50
FIGURA 51 - ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - DISPERSÃO	50
FIGURA 52 – ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - UTILIZAÇÃO	51
FIGURA 53 – ÍNDICE DE CAPITAL REGULATÓRIO - AUTOGESTÕES	51
FIGURA 54 – QUANTIDADE DE OPERADORAS PONTUADAS PELA OFERTA DE PROGRAMAS DE PROMOPREV POR ANO BASE	52
FIGURA 55 – IGR DAS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES DE GRANDE PORTE – EXCETO AUTOGESTÃO.	53
FIGURA 56 – IGR DAS AUTOGESTÕES DE GRANDE PORTE	53
FIGURA 57 – IGR DAS AUTOGESTÕES DE MÉDIO E PEQUENO PORTE	53
FIGURA 58 – IGR DAS DEMAIS OPERADORAS DE MÉDIO E PEQUENO PORTE – EXCETO AUTOGESTÃO	54
FIGURA 59 – ÁRVORE DE PROBLEMAS	57
FIGURA 60 – RELAÇÃO ENTRE PERCENTUAL DE DESPESA ADMINISTRATIVA E A QUANTIDADE DE VIDAS DA OPERADORA	87

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – COMPARAÇÃO GLOBAL DAS ALTERNATIVAS	110
GRÁFICO 2 – PONTUAÇÃO DAS ALTERNATIVAS POR CRITÉRIO	110
GRÁFICO 3 – ANÁLISE DE SENSIBILIDADE – MANUTENÇÃO DA REPRESENTATIVIDADE	116
GRÁFICO 4 – ANÁLISE DE SENSIBILIDADE – SEGURANÇA JURÍDICA	116
GRÁFICO 5 – ANÁLISE DE SENSIBILIDADE – AMPLIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE	117

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PROPOSTA NORMATIVA – ALTERAÇÃO NORMATIVA REDUZIDA	70
QUADRO 2 – PROPOSTA NORMATIVA – ALTERAÇÃO NORMATIVA AMPLA	71
QUADRO 3 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO - ELEGIBILIDADE	73
QUADRO 4 – IMPACTO CONCORRENCIAL - ELEGIBILIDADE	74
QUADRO 5 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO - PATROCINADORES	75
QUADRO 6 – IMPACTO CONCORRENCIAL - PATROCINADORES	76
QUADRO 7 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO - GOVERNANÇA	77
QUADRO 8 – IMPACTO CONCORRENCIAL - GOVERNANÇA	78
QUADRO 9 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO – COMPARTILHAMENTO DE REDE	79
QUADRO 10 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA I): MANTER A SITUAÇÃO ATUAL	80
QUADRO 11 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA II): AMPLIAÇÃO INTERPRETATIVA	80
QUADRO 12 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA III): ALTERAÇÃO NORMATIVA REDUZIDA	81
QUADRO 13 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA IV): ALTERAÇÃO NORMATIVA AMPLA	81
QUADRO 14 – MATRIZ DE RISCOS	101

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – MAPA ASSISTENCIAL - OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MODALIDADE – 2019/2023	19
TABELA 2 – TOTAL DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES X TOTAL DE AUTOGESTÕES – RISCO GRAVE DE GARANTIA DE ATENDIMENTO.	23
TABELA 3 – TOTAL DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES X TOTAL DE AUTOGESTÕES – IGR-GEDIT	24
TABELA 4 – TOTAL DE OPERADORAS MÉDICO- HOSPITALARES X TOTAL DE AUTOGESTÕES COM RISCO GRAVE	32
TABELA 5 – AUTOGESTÕES POR SEGMENTAÇÃO	44
TABELA 6 – ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES – MOTIVO POR SITUAÇÃO ATUAL E QUANTIDADE DE OPERADORAS	44
TABELA 7 – MULTAS APLICADAS POR TIPO DE PROCESSO – AUTOGESTÕES (JAN/2006 A AGO/2024)	54
TABELA 8 – MULTAS APLICADAS POR TIPO DE PROCESSO - DEMAIS MODALIDADES (JAN/2006 A AGO/2024)	55
TABELA 9 – IMPACTO FLEXIBILIZAÇÃO DAS CORRELAÇÕES ENTRE PATROCINADORES	85
TABELA 10 – IMPACTO INCLUSÃO DE MAIS UMA CATEGORIA PROFISSIONAL	86
TABELA 11 – IMPACTO AMPLIAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR	86
TABELA 12 – IMPACTO DE TODAS AS FLEXIBILIZAÇÕES	86
TABELA 13 - ANÁLISE MULTICRITÉRIO - COMPARAÇÃO ENTRE CRITÉRIOS - GRAUS DE IMPORTÂNCIA	104
TABELA 14 - ANÁLISE MULTICRITÉRIO - COMPARAÇÃO ENTRE CRITÉRIOS - ESCALA	105
TABELA 15 - CRITÉRIOS DA ANÁLISE - MÉDIA GEOMÉTRICA/PESO/PORCENTAGEM	105
TABELA 16 - ANÁLISE MULTICRITÉRIO - RAZÃO DE CONSISTÊNCIA	108
TABELA 17 – PESOS DOS CRITÉRIOS X ALTERNATIVAS	109
TABELA 18 - PONTUAÇÃO DAS ALTERNATIVAS	109

SUMÁRIO

ICAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	13
ICAPÍTULO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO	14
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	14
2.1.1 BREVE HISTÓRICO	14
2.1.2 COLETA DE DADOS	15
2.2 ANÁLISE POR DIMENSÃO:	29
2.2.1 DIMENSÃO ATUARIAL	29
2.2.2 DIMENSÃO ASSISTENCIAL	31
2.2.2.1 QUANTO AO MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO	45
2.2.2.2 QUANTO À UTILIZAÇÃO DO SUS	46
2.2.2.3 QUANTO À QUALIDADE - IDSS	49
2.2.2.4 QUANTO À FISCALIZAÇÃO	54
2.2.2.5 SÍNTESE DOS DADOS APRESENTADOS	57
2.2 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	58
ICAPÍTULO 3 - IDENTIFICAÇÃO DOS AFETADOS PELO PROBLEMA REGULATÓRIO	63
ICAPÍTULO 4 - IDENTIFICAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL QUE AMPARA A AÇÃO DO ÓRGÃO OU DA ENTIDADE QUANTO AO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO	65
ICAPÍTULO 5 - DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS	67
5.1 AMPLIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE	67
5.2 MANUTENÇÃO DA REPRESENTATIVIDADE DOS BENEFICIÁRIOS	68
5.3 AMPLIAR O COMPARTILHAMENTO DE REDE	69
5.4 ATENUAR OU ELIMINAR A INSEGURANÇA JURÍDICA	69
ICAPÍTULO 6 - DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS AO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO, CONSIDERADAS AS OPÇÕES DE NÃO AÇÃO, DE SOLUÇÕES NORMATIVAS E DE, SEMPRE QUE POSSÍVEL, SOLUÇÕES NÃO NORMATIVAS	70
ICAPÍTULO 7 - EXPOSIÇÃO DOS POSSÍVEIS IMPACTOS DAS ALTERNATIVAS IDENTIFICADAS, INCLUSIVE QUANTO AOS SEUS CUSTOS REGULATÓRIOS E SOBRE MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE	74
ICAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES REFERENTES ÀS INFORMAÇÕES E ÀS MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS PARA A AIR EM EVENTUAIS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL OU DE OUTROS PROCESSOS DE RECEBIMENTO DE SUBSÍDIOS DE INTERESSADOS NA MATÉRIA EM ANÁLISE	84
8.1 TOMADA PÚBLICA DE SUBSÍDIOS	84
8.2 REUNIÕES VIRTUAIS E SUBSÍDIOS RECEBIDOS POR OFÍCIO	85
8.2.1 DA CONTRIBUIÇÃO DA UNIDAS AUTOGESTÃO EM SAÚDE	87

ICAPÍTULO 9 - MAPEAMENTO DA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL QUANTO ÀS MEDIDAS ADOTADAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO	97
ICAPÍTULO 10 - IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA EDIÇÃO, DA ALTERAÇÃO OU DA REVOGAÇÃO DO ATO NORMATIVO	101
ICAPÍTULO 11 - METODOLOGIA ESCOLHIDA E JUSTIFICATIVA PARA SUA ESCOLHA	104
11.1 DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS E SEU GRAU DE IMPORTÂNCIA	105
ICAPÍTULO 12 - COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO	113
12.1 ANÁLISE DE SENSIBILIDADE	117
ICAPÍTULO 13 - DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA	121
ICAPÍTULO 14 - CASO A ALTERNATIVA MAIS ADEQUADA SEJA A EDIÇÃO OU ALTERAÇÃO DE ATO NORMATIVO, SERÁ REGISTRADO O PRAZO MÁXIMO PARA A SUA VERIFICAÇÃO QUANTO À NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO ESTOQUE REGULATÓRIO (ART. 14 DO DECRETO Nº 10.411/2020)	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	124

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, regulamentou a Análise de Impacto Regulatório (AIR) no âmbito da administração pública direta, autárquica e fundacional, dispondo sobre as circunstâncias em que deve ser elaborada, o seu conteúdo, e os quesitos mínimos que nela devem ser apreciados.

Através da definição do problema regulatório e dos objetivos a serem alcançados, o AIR avaliará as alternativas para solução do problema, com base nos riscos e impactos da adoção de determinada medida ou decisão pelo regulador.

Com base nessas premissas, foram revistas a Resolução Normativa n.º 137, de 2006 e a Instrução Normativa n.º 20, de 2008, que tratam das Autogestões.

O tema é relevante para o setor de saúde suplementar, impactando significativamente organizações e grupos específicos de beneficiários, sem contar seu longo tempo de vigência. (ver critérios do §3º do artigo 13 do referido Decreto: III – impacto significativo em organizações ou grupos específicos e V – vigência da norma há, no mínimo, cinco anos).

As autogestões são modalidade de operadoras que por suas características operam sem fins lucrativos, prestando assistência a grupos de pessoas que se relacionam por determinadas características, seja porque nascem da gestão de um plano no âmbito da área de recursos humanos de uma empresa, seja porque são operadas por uma pessoa jurídica sem finalidade lucrativa.

Após estudos sobre sua atuação, verificou-se que Resolução Normativa que regulamenta essa modalidade, bem como, a instrução normativa que explicita seus comandos tem alto custo regulatório para as Autogestões, podendo levar à insustentabilidade econômico-financeira e descontinuidade de suas operações.

As principais causas do problema regulatório estão relacionadas à assimetria regulatória, ou seja, a necessidade da ANS estabelecer critérios e condições mais restritivos a serem observados por essa modalidade em relação às demais operadoras de mercado, para que possam receber autorização de funcionamento e atuar regularmente no mercado de Saúde Suplementar.

Isto posto como objetivo geral propõe-se a modernização do arcabouço regulatório sobre a matéria, considerando a natureza, especificidades e histórico dessas operadoras no mercado. Como objetivo específico, foram estudadas medidas para ampliar a elegibilidade de beneficiários, garantir a representatividade desses na gestão da operadora e eliminar restrições ao compartilhamento de rede.

Para a comparação entre as alternativas mapeadas, foi utilizada a análise multicritério para implementação de cada uma delas, quais sejam:

- Alternativa 1: Manutenção da situação atual;
- Alternativa 2: Ampliação interpretativa;
- Alternativa 3: Alteração Normativa Reduzida

- Alternativa 4: Alteração Normativa Ampla

Pelos benefícios e menor impacto, a alternativa 3 foi a melhor pontuada dentro da Análise Multicritério.

Por fim, este documento também traz os parâmetros a serem utilizados na edição do novo ato normativo.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A ANS definiu a nova Agenda Regulatória para o triênio 2023-2025, estabelecendo os temas prioritários que seriam analisados no período. Dentre os temas que seriam objeto de ARR foi selecionado o conjunto de normas que trata das Autogestões, quais sejam, a Resolução Normativa n.º 137, de 14 de novembro de 2006 e a Instrução Normativa n.º 20, de 20 de outubro de 2008.

Dada a sua importância para o setor e a necessidade de avaliação dos normativos que regulamentam esse tipo de modalidade de operadora, a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras coordenou a Análise de Resultado Regulatório (ARR) sobre o tema¹, apresentando o relatório na 603ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 18/03/24.

Vale ressaltar que a ARR é instrumento importante para avaliar se a intervenção regulatória realizada por meio da publicação de uma norma alcançou os objetivos que pretendeu, oferecendo o entendimento sobre como ela foi implementada e os efeitos que produziu sobre o contexto e os atores envolvidos.

Na conclusão do relatório de ARR foi sugerido: i) que fosse oportunizada a participação da sociedade por meio da Tomada Pública de Subsídios, tendo como objetivo avaliar a necessidade de alteração e ajuste dos normativos vigentes; ii) em seguida, recomendava-se a realização da Análise de Impacto Regulatório (AIR) com vistas a subsidiar eventual alteração normativa.

A AIR sobre a matéria foi então incluída na Agenda Regulatória 2023-2025 pela Reunião de Diretoria Colegiada em conjunto com a aprovação da Tomada Pública de Subsídios sugerida pelo Relatório de Análise de Resultado Regulatório – RARR que inaugurou as discussões sobre a matéria.

A Tomada Pública de Subsídios n.º 03, de 2024² foi disponibilizada no site da ANS, elencando as questões sensíveis trazidas pelo ARR. Encerrada no dia 27/05/2024, a TPS contou com 38 contribuições do setor regulado, que foram então consolidadas em relatório disponível no site.

O resultado da coleta de subsídios junto aos interessados indicou que, mesmo tendo produzido avanços, com o passar dos anos o contexto em que estavam inseridas as autogestões se modificou tornando-se necessário o aperfeiçoamento da regulação, especialmente no que se refere às questões de ampliação da elegibilidade, vinculação de atividade entre patrocinadores e beneficiários, a garantia da participação desses na administração dessas operadoras e ao compartilhamento de sua rede, principais focos da pesquisa.

Dando seguimento ao conjunto de ações empreendidas pela ANS para estudar a modalidade de Autogestões e os normativos que a regulamentam, passaremos a Avaliação de Impacto Regulatório (AIR)³ que se debruçará sobre o tema, aprofundando as discussões e avaliando alternativas de melhoria.

Espera-se que os dados e análise apresentados provejam a Diretoria Colegiada de elementos suficientes para que possa decidir sobre as medidas propostas.

¹ Ver Notas técnicas NOTA TÉCNICA Nº 691/2023/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE (Doc. Sei n.º 27400779), NOTA TÉCNICA Nº 908/2023/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE (Doc. Sei n.º 28303484) e Relatório de Análise de Resultado Regulatório – RARR (Doc. Sei n.º 29046042).

² Ver no link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/tomada-publica-de-subsidios-tps/tps-no-03>

³ O Decreto 10.411/2020 regulamentou a integração da Análise de Impacto Regulatório - AIR no processo regulatório de órgãos e entidades federais.

CAPÍTULO 2

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

A AIR parte do entendimento de um problema para identificar as melhores alternativas para atacá-lo, investigando assim os prováveis efeitos positivos e negativos dessas opções, com o objetivo de permitir a decisão mais adequada, diante das melhores informações disponíveis.

De forma a melhor compreender o problema regulatório, passaremos a uma breve contextualização.

2.1 Contextualização

2.1.1 BREVE HISTÓRICO

Os planos de autogestão em saúde foram criados por organizações públicas e privadas, entidades sindicais e associações sem fins lucrativos, em que a própria organização administra o plano de assistência à saúde de seus empregados e dependentes e/ou associados. Podem ser organizadas e operacionalizadas através da estrutura da própria organização patrocinadora, geralmente vinculadas ao setor de recursos humanos e, também através de sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos (Caixa de Assistências, Associações, Sindicatos e Fundações). O principal objetivo destes planos é proporcionar o acesso à saúde de qualidades aos seus beneficiários, com um custo menor do que os segmentos lucrativos.

As autogestões devem possuir gestão própria (caso contrário sua denominação perderia o sentido), que pode ser exercida por empresa patrocinadora ou mantenedora, ou por seus empregados e associados.

Além disso, são responsáveis pelo gerenciamento de sua rede de prestadores diretamente, sendo obrigada a contratar diretamente a rede de prestadores disponibilizados aos beneficiários dentro do município sede, cabendo a terceirização para fora do município sede⁴.

Mesmo que não tenha como finalidade precípua a obtenção de lucro, as autogestões podem angariar recursos financeiros além dos benefícios assistenciais trazidos pela sua atuação, visto que se elimina o intermediário entre o tomador e o prestador dos serviços bem como os custos advindos das despesas de comercialização. As despesas, portanto, se darão exclusivamente pelo pagamento dos serviços realmente efetuados por profissionais e instituições de saúde, ocorrência que associada ao irrestrito acesso às informações administrativas do plano propicia a composição de estrutura operacional mais ágil e enxuta com reflexos positivos no gerenciamento dos custos envolvidos nessas operações (Dutra, 2006).

⁴ A RN n.º 355, de 2014 ampliou a permissão para contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa para qualquer outro município que não seja a sede da operadora. Incluindo ainda a possibilidade de oferecer cobertura em localidade diversa da área de atuação do produto aos beneficiários que estejam provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, na forma de serviço adicional devidamente registrado ou contratado, até o limite de 10% (dez por cento) do total de beneficiários de carteira.

A Lei nº 9.656/98 estabeleceu a submissão das autogestões ao marco regulatório da saúde suplementar, nos termos do art. 1º, II, e § 2º, da Lei nº 9.656, de 1998, contudo, a fonte primária legislativa não chegou a definir um conceito para essa modalidade operacional, deixando tal incumbência a regulamentação setorial.

Caberia ao órgão regulador estabelecer as regras para distinção das modalidades de operadoras trazidas pelo legislador, de modo a impedir que falhas de mercado ou riscos não aceitáveis levassem ao desequilíbrio do setor.

No entanto, como se asseverou nas notas técnicas Nº 691/2023/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE (Doc. Sei n.º 27400779, Nº 908/2023/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE (Doc. Sei n.º 28303484) e Relatório de Análise de Resultado Regulatório – RARR (Doc. Sei n.º 29046042) não se observou à época qualquer rito de Análise de Impacto Regulatório ou tampouco foram identificados os problemas regulatórios que visava-se sanar.

O processo normativo que levaria a edição da Resolução n.º 137, de 2006 foi precedido, portanto, de determinação legal nascida da Lei no 11.302, em 10 de maio de 2006, fruto da conversão da Medida Provisória no 272/2006 que, entre outras disposições, alterou o disposto no artigo 230 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, impondo que a Agência editasse regulamentação específica sobre patrocínio de autogestões, a ser publicada no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados da vigência da referida Lei⁵.

Tendo em vista a determinação legal e o fato de que o mercado de saúde suplementar já vinha discutindo a necessidade de alteração das normas de autogestão, a ANS, em reunião realizada em 25/08/2006, entendeu por bem submeter a citada minuta à Consulta Pública com fundamento no art. 35 do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000⁶.

No entanto, sobre as sugestões feitas, destacamos que não há no processo justificativa para escolha de umas em detrimento de outras e a análise feita pela procuradoria da ANS (Parecer ANS – GECOS/EHSB n.º 933/2006) se deu em regime de urgência, motivo pelo qual se ateve a questões formais, sem revisão costumeira artigo a artigo.

Assim, na 151ª Reunião de Diretoria Colegiada realizada em 14 de novembro de 2006 foi aprovado o texto da primeira versão da Resolução Normativa n.º 137, publicada no mesmo de forma a cumprir o prazo legal.

2.1.2 COLETA DE DADOS⁷

Preliminarmente, cabe observar que como não havia indicadores pré-definidos para monitoramento dessas normas (não tivemos uma Análise de Impacto Regulatório para elaboração do texto normativo) foi necessário proceder à coleta de dados com base nas informações utilizadas pelo corpo técnico para o monitoramento econômico-financeiro do mercado.

Utilizou-se, portanto, na Análise de Resultado Regulatório - ARR, os dados do CADOP – Cadastro de Operadoras (a partir das datas de registro e cancelamento das operadoras) e do Sistema de Beneficiários – SIB em relação à quantidade de beneficiários, através de solicitação feita à GEPIN/DIDES. Também utilizamos os indicadores e resultados calculados pela Coordenação de Estudos de Mercado (CESME/GEHAE) a partir de dados extraídos do DIOPS – Documento de Informações Periódicas encaminhado

⁵ Cabe esclarecer que a Lei referida é consequência direta do Acórdão nº 458/2004, exarado por este egrégio Tribunal de Contas da União nos autos do Processo nº TC 006.301/96-7. Manifestou-se o TCU, em síntese, pela legalidade do convênio de adesão celebrado entre a Fundação de Seguridade Social - GEAP e o Ministério da Saúde, sem a realização de prévio processo licitatório, para a prestação de serviços de assistência à saúde dos servidores do órgão. Ainda em relação à GEAP, deixou assente o Pleno do TCU a obrigatoriedade de licitação para a celebração de quaisquer outras avenças com os demais entes da administração pública que não fossem legítimos detentores da condição de patrocinadores.

⁶ De acordo com o Comunicado nº 53, de 29 de agosto de 2006, e segundo a Consulta Pública nº 23, de mesma data, publicada no Diário Oficial da União, edição de 30 de agosto de 2006, a minuta de resolução normativa foi posta à disposição dos interessados para apresentação de críticas e sugestões em 20 [vinte] dias.

⁷ Pontuamos que as demais diretorias da Ans, em parceria com a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras, auxiliaram na interpretação e consolidação dos dados necessários para análise feita nesse AIR.

trimestralmente pelas operadoras, que podem ser observados no capítulo de Indicadores Econômico-Financeiro. Ainda foram utilizados dados do IBGE para projeção de população em 2018 e do TISS – Troca de Informações na Saúde Suplementar para construção de tabelas e referências cruzadas⁸.

Assim, concluiu-se pela mudança no cenário que embasou a edição das normas sobre as autogestões, sobretudo no que diz respeito aos impactos do envelhecimento populacional.

Com vistas aprofundar a análise dessa modalidade e melhor compreender os efeitos da atual regulamentação entendeu-se que um estudo mais detalhado sobre possíveis cenários, aliado às informações relacionadas à assistência, fiscalização e uso do SUS pelos beneficiários dos planos comercializados pelas autogestões seria essencial para avaliarmos os impactos da manutenção da regulação como vemos hoje. Utilizou-se assim os dados disponíveis na sessão Dados e Indicadores do Setor (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>) referentes ao SIP – Sistema de Informações Produtos, RPC – Sistema de comunicado de reajuste de planos coletivos, IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, TISS – Troca de Informações na Saúde Suplementar, SIF – Sistema Integrado de Fiscalização, Sistema de Gestão do Ressarcimento e SCI – Sistema de Controle de Impugnações.

Para avaliar as características da modalidade de autogestão, é importante considerar que as operadoras que atuam no mercado de saúde suplementar apresentam significativa heterogeneidade, não apenas quanto a modalidade na qual se organizam, mas também quanto ao porte e estratégias de negócio. Mesmo as autogestões também guardam diferenças entre si.

Nesse contexto, essa seção analisa em que medida o desempenho das autogestões tem evoluído, em relação às demais modalidades que oferecem planos de saúde médico-hospitalares⁹.

2.1.2.1 QUANTO ÀS QUESTÕES ASSISTENCIAIS

Mapa assistencial

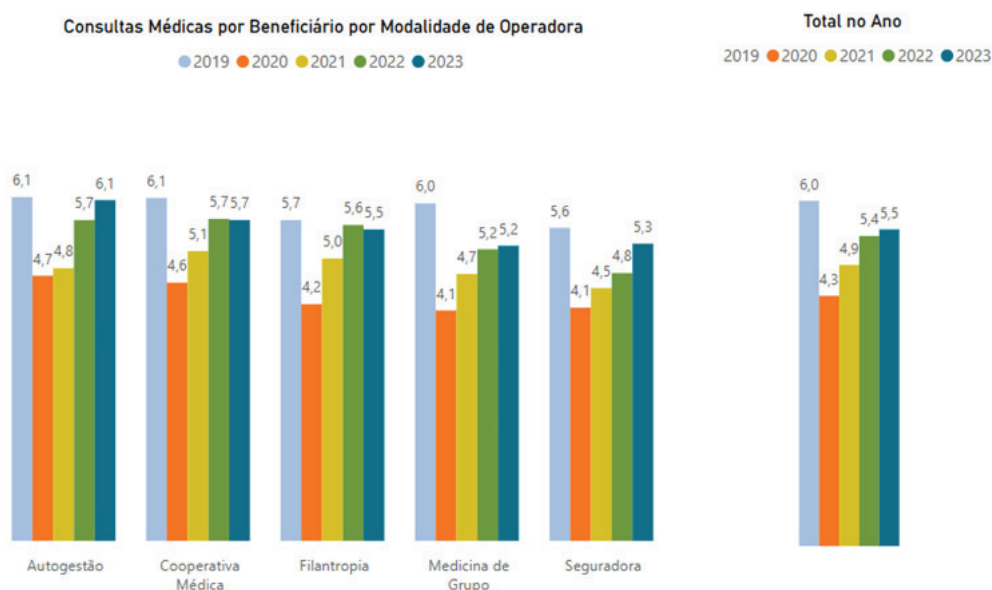
O Mapa Assistencial da Saúde Suplementar é um painel de dados da ANS que tem por objetivo apresentar os dados de produção dos serviços de saúde prestados pelas operadoras, por ano base. Ele apresenta dados assistenciais a partir do Sistema Informação de Produtos - SIP. São dados agregados enviados pelas operadoras, diferente do TISS que traz dados dos prestadores, a partir dos procedimentos realizados. O mapa assistencial possui dados de produção de serviços de saúde e despesas assistenciais. Faremos algumas comparações entre autogestões e setor, ou entre as diferentes modalidades de operadoras.

Historicamente, as autogestões apresentam média de consultas médicas por beneficiário acima da média geral do setor. Em 2023, o número de consultas médicas por beneficiário foi de 6,1 nas autogestões, enquanto a média geral do setor foi de 5,5 consultas/beneficiário, conforme figura 1, abaixo.

⁸ Não há uma resposta única apta a determinar quais dados são necessários para avaliar uma intervenção regulatória, atividade que, portanto, deverá ser realizada caso a caso. No entanto, é sempre importante considerar o envolvimento dos agentes impactados pela regulação, de maneira que eventualmente possam avaliar se o conjunto de dados inicialmente apontado é suficiente para realizar a avaliação ou sugerir a inclusão de outras informações (ver Conforme Guia Orientativo para ARR do Governo Federal).

⁹ As operadoras exclusivamente odontológicas, administradoras de benefício e cooperativas odontológicas foram excluídas da análise.

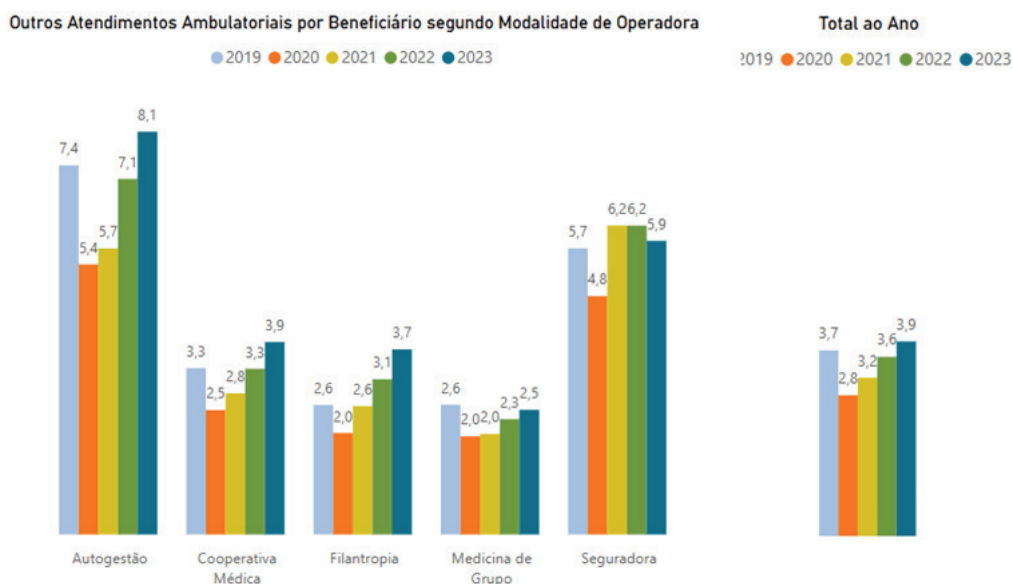
FIGURA 1 – CONSULTAS MÉDICAS POR MODALIDADE DE OPERADORA



Fonte: Painel Mapa Assistencial – set/2024

Esse mesmo padrão de utilização é observado nos demais grupos de procedimentos do Mapa, onde a média de atendimentos por beneficiário nas autogestões fica acima da média do setor e da média observada nas demais modalidades de operadoras, o que leva a crer que são aplicados menos mecanismos de regulação de acesso dos beneficiários aos serviços de saúde nas autogestões do que nas demais modalidades. As figuras 2, 4, 5 e 6 apresentam as estatísticas de atendimentos por beneficiário para cada grupo de eventos do SIP.

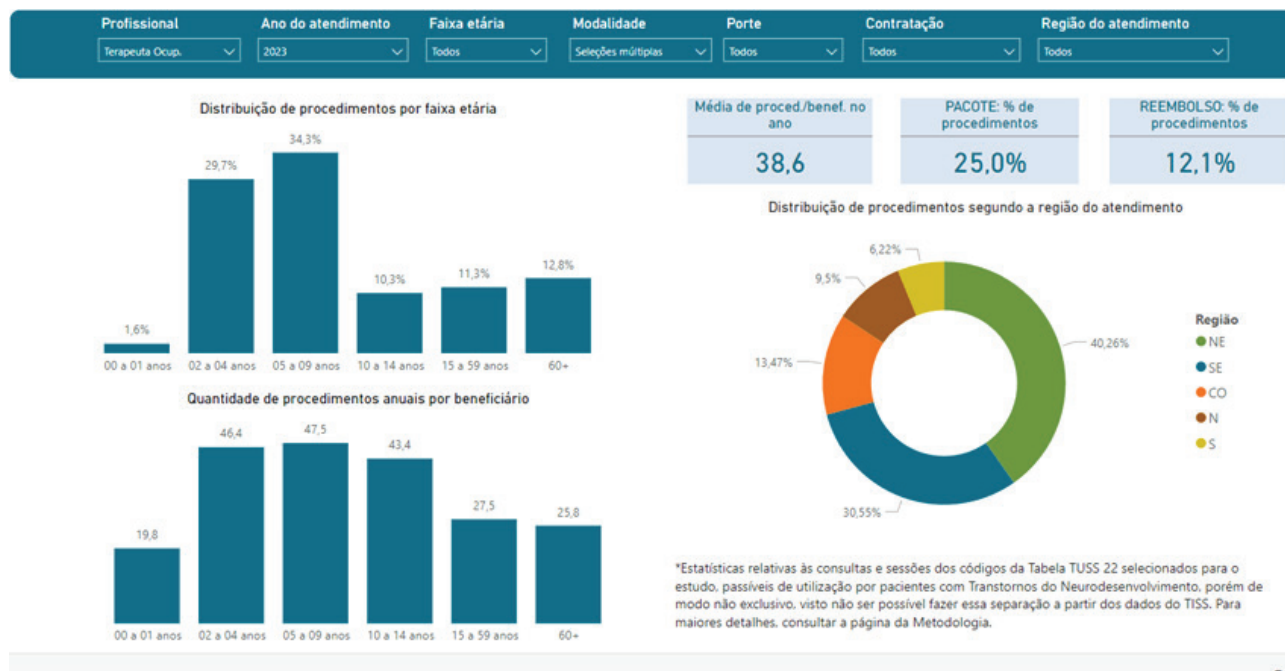
FIGURA 2 – OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS¹⁰ POR MODALIDADE DE OPERADORA



Fonte: Painel Mapa Assistencial – set/2024

Desdobrando um pouco mais os dados e comparando as autogestões com as seguradoras (2º lugar no número de procedimentos), verificamos que em relação às terapias ocupacionais realizadas em 2023, as estatísticas gerais de procedimentos por profissionais apontam que a média de procedimento/beneficiário no ano é de 38,6 para as autogestões, com um percentual de 12,1% de reembolso (vide figura 3)

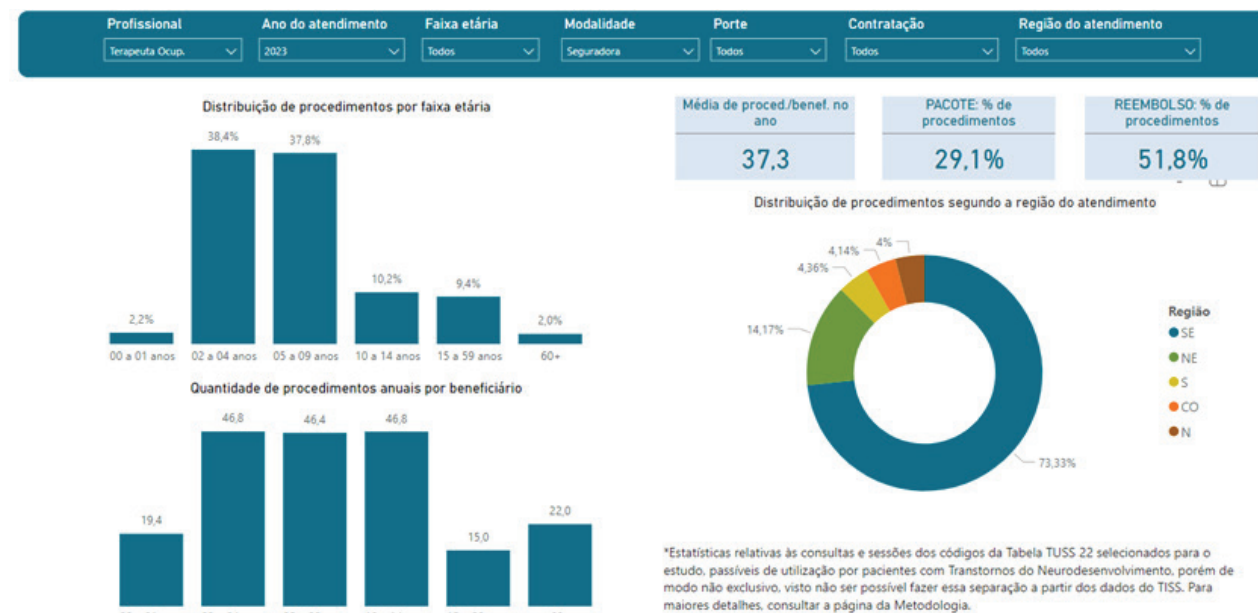
FIGURA 3 – ESTATÍSTICAS GERAIS DE PROCEDIMENTOS POR PROFISSIONAL – TERAPIA OCUPACIONAL AUTOGESTÕES



Painel Mapa Assistencial – set/2024

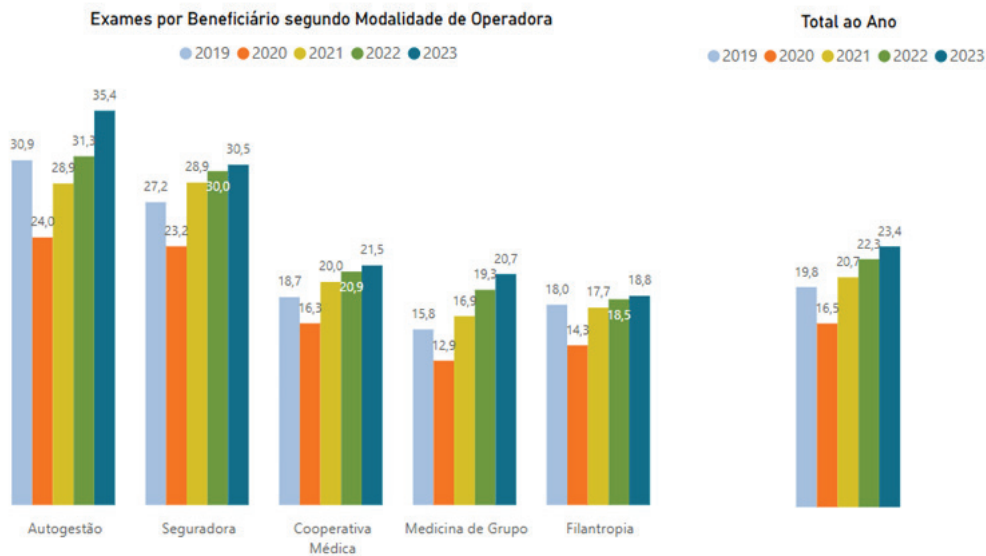
Nas seguradoras, a média de procedimentos/beneficiários é 37,3 procedimentos por beneficiário, mas o percentual de reembolso por procedimento é alto cerca de 51,8%, como mostra a figura abaixo:

FIGURA 4 – ESTATÍSTICAS GERAIS DE PROCEDIMENTOS POR PROFISSIONAL – TERAPIA OCUPACIONAL SEGURADORA



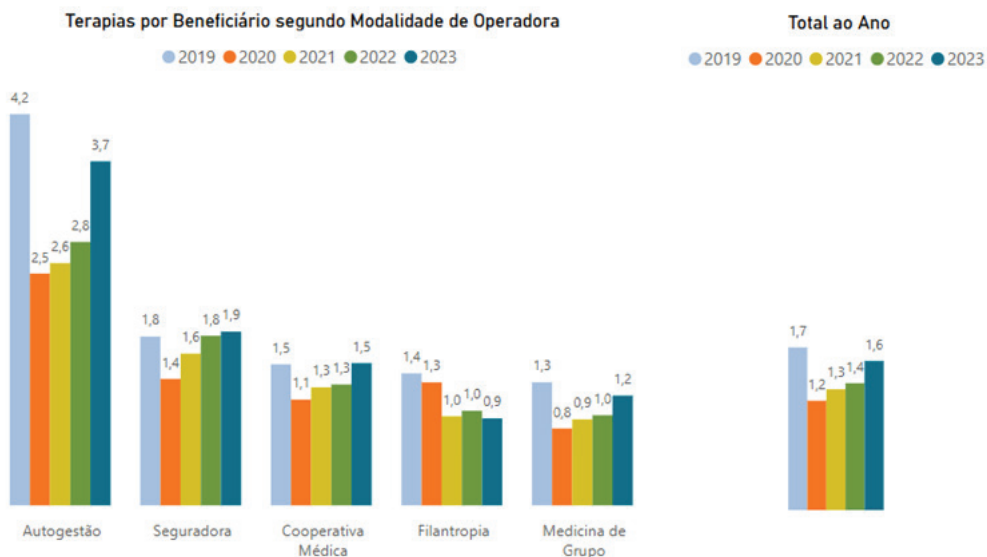
Painel Mapa Assistencial – set/2024

FIGURA 5 – EXAMES POR MODALIDADE DE OPERADORA



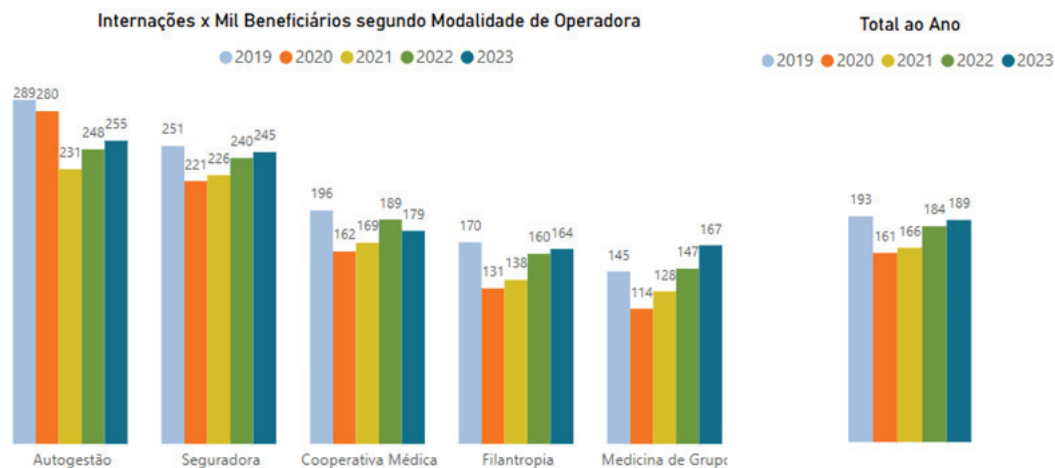
Fonte: Painel Mapa Assistencial – set/2024

FIGURA 6 - TERAPIAS POR MODALIDADE DE OPERADORA



Fonte: Painel Mapa Assistencial – set/2024

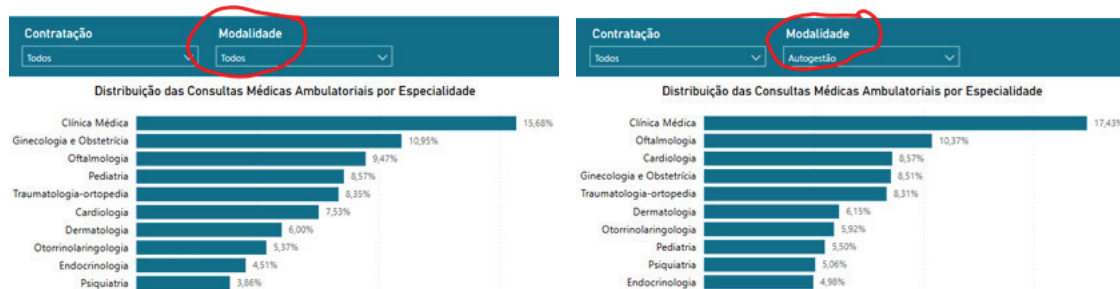
FIGURA 7 - INTERNAÇÕES POR MODALIDADE DE OPERADORA



Painel Mapa Assistencial – set/2024

Quando desdobramos as consultas médicas em especialidades observamos que enquanto numa visão geral do setor, as 5 especialidades médicas mais utilizadas (buscadas pelos beneficiários) são: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria, oftalmologia e ortopedia (nessa ordem), na modalidade de autogestão as especialidades se alteram para: clínica médica, oftalmologia, cardiologia, ginecologia/obstetrícia e ortopedia. A pediatria aparece somente no 8º lugar, a cardiologia passa a ser uma das 5 e a oftalmologia é a segunda mais demandada. Esse perfil pode estar relacionado com o fato de se tratar de uma modalidade alto percentual de idosos, o que influencia nas especialidades mais buscadas, uma vez que a população mais idosa apresenta maior prevalência de doenças crônicas, como catarata, hipertensão, doenças cardiovasculares (vide figura 8).

FIGURA 8 – PERFIL DE CONSULTAS MÉDICAS – DEMAIS MODALIDADES X AUTOGESTÕES



Painel Mapa Assistencial – set/2024

Se consideramos Consultas por Especialidade Médica segundo a modalidade de operadora, apesar da variação negativa de eventos por beneficiários no ano de 2023, as Autogestões apresentam uma proporção maior de consultas/mil beneficiários se comparadas as demais modalidades. Em especialidade como cardiologia (312 mil Ev/Benef) e oncologia (32,4 mil) são a modalidade com maior percentual de consultas.

Também se observa que a despeito da diminuição do número de beneficiários¹¹ nessa modalidade, o número de consultas/sessões do grupo “Outros Atendimentos Ambulatoriais” vem aumentando ao longo dos anos.

¹¹ Ressaltamos que esse indicador mostra a média de consultas/sessões por beneficiário da operadora, uma ponderação da soma dos atendimentos pelo número de beneficiários. Nesse sentido, se cai o número de beneficiários também cai o número de atendimentos realizados.

■ TABELA 1 – MAPA ASSISTENCIAL - OUTROS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MODALIDADE – 2019/2023

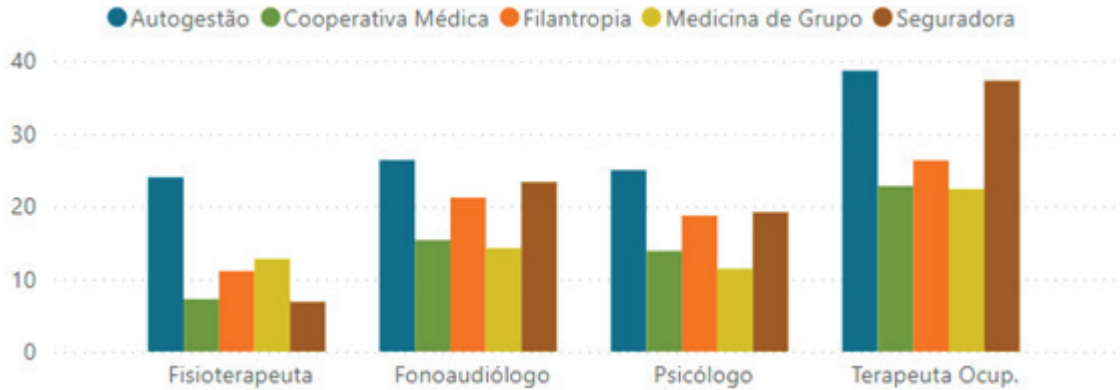
MODALIDADE	2019	2020	2021	2022	2023
Autogestão	7,4	5,4	5,7	7,1	8,1
Cooperativa Médica	3,3	2,5	2,8	3,3	3,9
Filantropia	2,6	2,0	2,6	3,1	3,7
Medicina de Grupo	2,6	2,0	2,0	2,3	2,5
Seguradora	5,7	4,8	6,2	6,2	5,9

Painel Mapa Assistencial – set/2024

Para os atendimentos nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, observa-se que os beneficiários das autogestões realizam mais consultas/sessões ao ano do que os beneficiários das demais modalidades, ou seja, tem mais acesso, menos mecanismos de regulação para realização das sessões.

Na figura abaixo, extraído da Seção Temática do Mapa Assistencial do ano-base 2023, observa-se a média de consultas/sessões por beneficiário atendido*, por modalidade de operadora.

■ FIGURA 9 – MÉDIA DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR BENEFICIÁRIOS ATENDIDOS¹² POR MODALIDADE

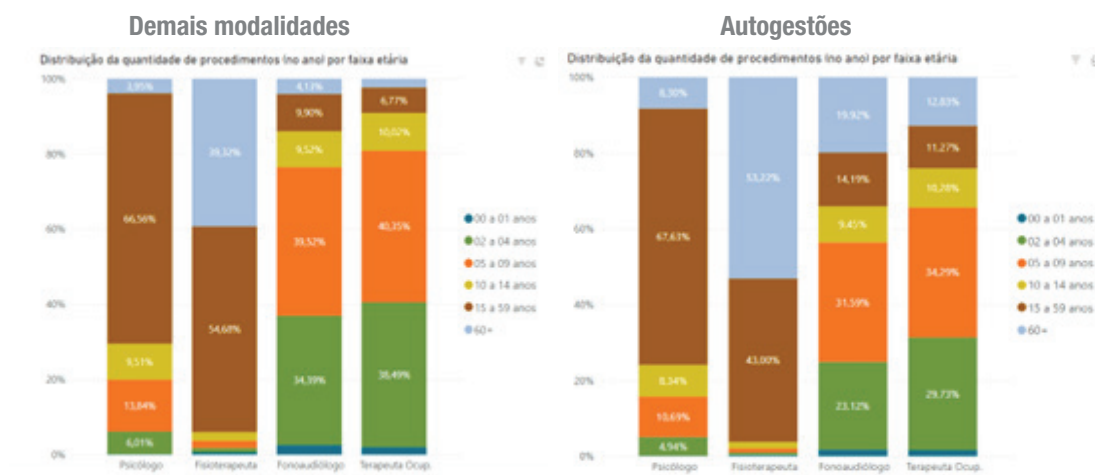


Painel Mapa Assistencial – set/2024

Quando verificamos a quantidade de procedimentos por faixa etária podemos observar maiores percentuais de gastos com a faixa etária de 60+ (vide figura 10).

¹² Foi considerada a soma dos beneficiários que realizaram ao menos 1 atendimento no ano na respectiva categoria profissional em cada modalidade para o cálculo do indicador

FIGURA 10 – QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS POR ANO POR FAIXA ETÁRIA – DEMAIS MODALIDADES X AUTOGESTÕES

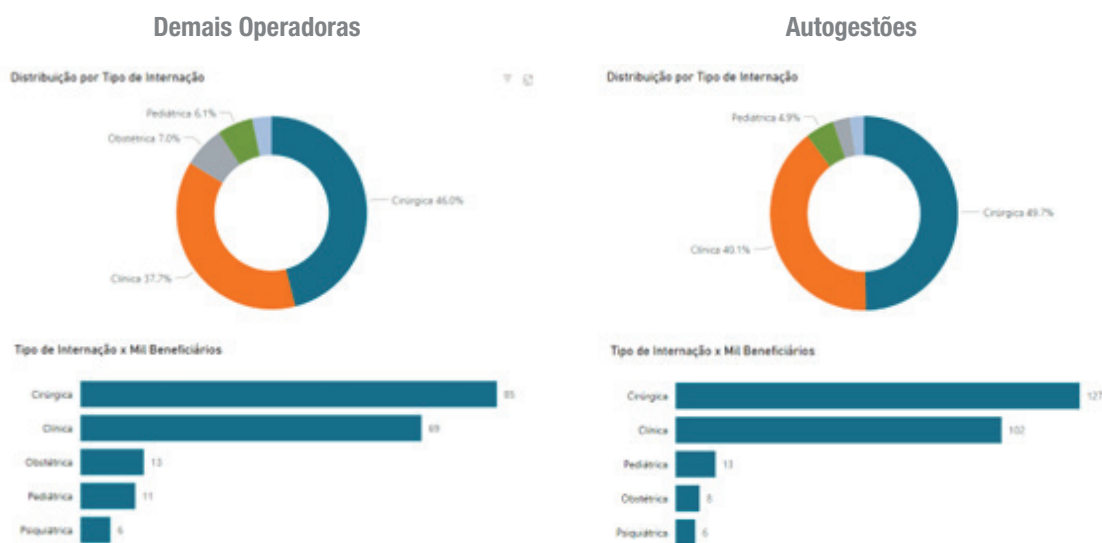


Painel Mapa Assistencial – set/2024

Podemos verificar um maior percentual de exames¹³ e terapias¹⁴ por beneficiários que chega à 35,4 e 3,7 nas Autogestões em 2023, enquanto nas Seguradoras temos (30,5 e 1,9), nas Cooperativas Médicas (21,5 e 1,5), nas Medicinas de Grupo (20,7 e 1,2) e na Filantropia (18,8 e 0,9).

Observando as internações temos a seguinte configuração (vide figura 11)

FIGURA 11 – INTERNAÇÕES POR TIPO DEMAIS OPERADORAS X AUTOGESTÕES



Fonte: Painel Mapa Assistencial – set/2024

Comparativamente às demais modalidades, as Autogestões também tem maior volume de internações, com 42% a mais nas cirúrgicas e 33% a mais nas internações clínicas. A distribuição pelas causas pode ser vista na figura abaixo.

¹³ Compreende o total de procedimentos de auxílio diagnóstico utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde dos beneficiários, realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

¹⁴ Refere-se aos atendimentos realizados em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas dentre os quais são explicitamente listados os seguintes: quimioterapia sistêmica, radioterapia por megavoltagem, hemodiálise aguda, hemodiálise crônica e implante de dispositivo intrauterino – DIU. As demais terapias são incluídas no total de atendimentos com finalidade terapêutica.

■ FIGURA 12 – INTERNAÇÕES POR CAUSAS SELECIONADAS



Painel Mapa Assistencial – set/2024

Monitoramento do risco assistencial

A DIPRO/ANS realiza o monitoramento do risco assistencial regular do setor, abrangendo todas as operadoras com registro ativo na ANS em operação, isto é, que possuem beneficiários cadastrados, o que exclui as administradoras de benefícios.

O Monitoramento do Risco Assistencial se baseia, primordialmente, nos resultados trimestrais de 2 programas de acompanhamento assistencial das operadoras: o Monitoramento da Garantia de Atendimento e o Mapeamento do Risco Assistencial.

Os critérios para identificação do risco assistencial (indícios de anormalidades administrativas de natureza assistencial) são definidos anualmente no Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial.

No ano de 2024, os critérios para identificação de risco assistencial e encaminhamento de operadoras para acompanhamento assistencial individualizado, realizado pela GEDIT/GGRAS/DIPRO, são:

C.1. Operadoras que permanecerem por 2 (dois) trimestres de avaliação consecutivos classificadas na Faixa 3 do programa de Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento, independentemente do resultado obtido no programa de Mapeamento do Risco Assistencial (considerando, para fins de cálculo, o trimestre de avaliação em questão e o anterior);

C.2. Operadoras que permanecerem por 3 (três) trimestres consecutivos na Faixa 3, Faixa Indeterminada, ou suas combinações, do Mapeamento do Risco Assistencial, independentemente do resultado obtido no programa de Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento (considerando, para fins de cálculo, o trimestre de avaliação em questão e os dois anteriores);

C.3. Operadoras que permanecerem por **2 (dois) trimestres de avaliação consecutivos classificadas na Faixa Indeterminada do programa de Mapeamento do Risco Assistencial**, independentemente do resultado obtido no programa de Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento (considerando, para fins de cálculo, o trimestre de avaliação em questão e o anterior).

C.4. Operadoras cujos **IGRs das Reclamações Assistenciais forem considerados valores extremos ou atípicos (outliers), quando os índices das operadoras forem distribuídos no gráfico Boxplot, reiteradamente, nos três meses do respectivo trimestre de avaliação**. A análise será feita por porte e segmento de atuação (operadoras Médico-hospitalares e operadoras Exclusivamente Odontológicas) das operadoras.

Obs. 1: Os critérios C.2 e C.3 se aplicam às operadoras das modalidades pertencentes ao grupo Médico-Hospitalar com ou sem odontologia, exceto autogestões por RH, que possuam média de beneficiários maior ou igual a 2.000 (dois mil) no trimestre de avaliação; e às operadoras exclusivamente odontológicas que possuam média de beneficiários maior ou igual a 5.000 (cinco mil) no trimestre de avaliação.

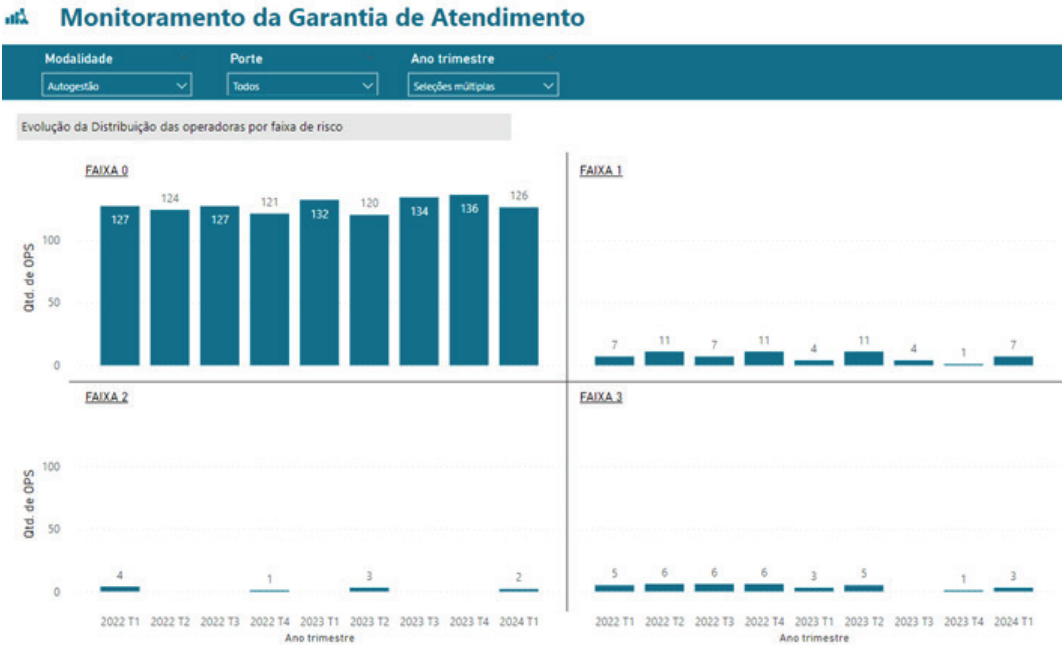
Obs. 2: O critério C.4 se aplica às operadoras que possuam média de beneficiários maior ou igual a 5.000 (cinco mil) no trimestre de avaliação.

A seguir, são apresentadas algumas análises do desempenho das operadoras de Autogestão no Monitoramento do Risco Assistencial em relação ao resultado geral do setor.

1. MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO (MGA)

A figura abaixo apresenta o desempenho das operadoras da modalidade de Autogestão no programa de MGA entre o 1º tri/2022 e 1º tri/2024. Historicamente, cerca de 89% das operadoras ficaram classificadas na Faixa 0 (ausência de risco), por não apresentarem demandas NIP Assistenciais elegíveis no período de avaliação.

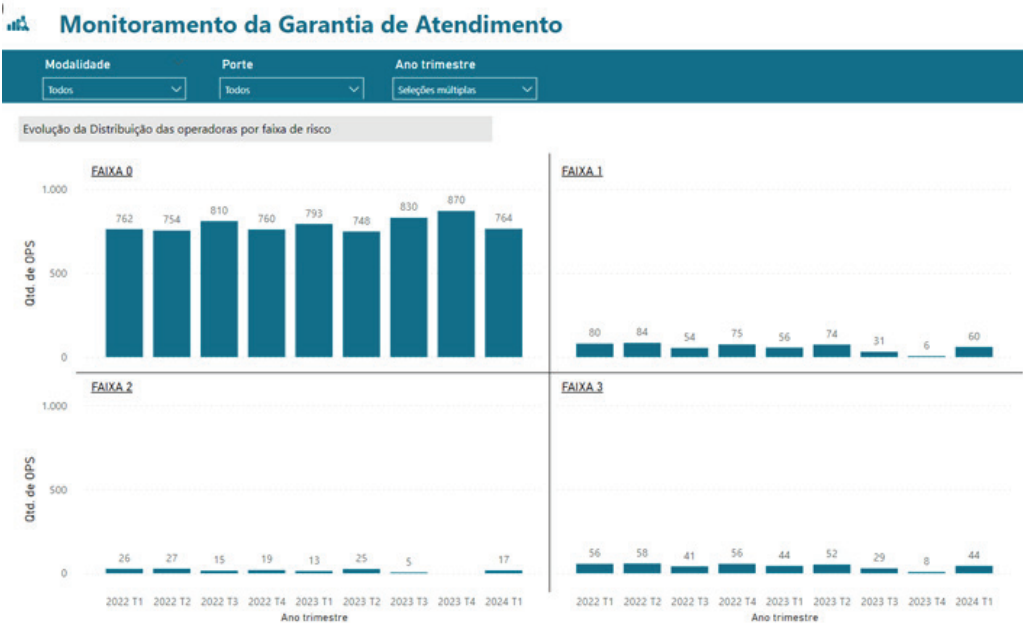
■ FIGURA 13 – MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO - AUTOGESTÕES



Painel Mapa Assistencial – nov/2024

O desempenho das Autogestões é similar ao desempenho geral do setor, conforme é possível observar na figura abaixo.

■ FIGURA 14 – MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO – DEMAIS OPERADORAS



Painel Mapa Assistencial – nov/2024

O quadro a seguir apresenta o total de operadoras que se classificaram no critério de risco “C.1” do Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial (2 trimestres consecutivos na Faixa 3) e que foram encaminhadas para a GEDIT para acompanhamento individualizado. Somente 1 autogestão foi classificada como risco grave nos últimos 5 trimestres processados pela ANS.

■ TABELA 2 – TOTAL DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES X TOTAL DE AUTOGESTÕES – RISCO GRAVE DE GARANTIA DE ATENDIMENTO.

TRIMESTRE DE AVALIAÇÃO	TOTAL DE OPS RISCO GRAVE PELA GARANTIA DE ATENDIMENTO*	TOTAL DE AUTOGESTÕES
1º TRI 2023	18	0
2º TRI 2023	17	11
3º TRI 2023	9	0
4º TRI 2023	5	0
1º TRI 2024	3	0

*encaminhadas à GEDIT para acompanhamento individualizado

Fonte: Elaboração própria

SERVIÇO FEDERAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS (SERPRO), registro ANS nº 34547-4, arquivado após apresentação de resposta comprobatória

2. IGR-GEDIT

A análise da evolução do desempenho das operadoras no Índice Geral de Reclamações (IGR) no âmbito do Monitoramento do Risco Assistencial é realizada utilizando-se o Indicador IGR-GEDIT. Trata-se de ferramenta auxiliar, para identificar operadoras com indícios de anormalidades administrativas assistenciais graves, que possam constituir risco à assistência à saúde dos beneficiários, e que foi incluído como critério C.4 do Plano Periódico do Monitoramento do Risco Assistencial.

O indicador IGR-GEDIT utiliza o gráfico Boxplot para identificar operadoras com IGRs extremos ou atípicos (outliers), nos três meses, ou seja, de forma recorrente e não pontual, de cada trimestre de avaliação do Monitoramento do Risco Assistencial.

Esclarecemos que a fonte de dados utilizada foi o CADOP, Painel do Índice Geral de Reclamações – IGR, Dados de Operadoras em PRASS. Quanto à metodologia utilizada ressaltamos que a Análise individualizada de risco assistencial considera as Operadoras cujos IGRs das Reclamações Assistenciais forem considerados extremos ou atípicos (outliers), quando os índices das operadoras forem distribuídos no gráfico Boxplot, reiteradamente, nos três meses do trimestre civil. A análise é feita considerando o porte (pequeno, médio, grande) e o segmento de atuação (Médico-Hospitalares e Exclusivamente Odontológicas) das operadoras. Estarão submetidas a esse critério as operadoras com média mínima de 5.000 beneficiários vinculados diretamente à sua carteira, no trimestre civil.

O IGR-GEDIT passou a ser calculado a partir do 4º tri/2023. Nos 4 trimestres avaliados, os resultados foram:

TABELA 3 – TOTAL DE OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES X TOTAL DE AUTOGESTÕES – IGR-GEDIT

TRIMESTRE DE AVALIAÇÃO	QTD DE OPS OUTLIERS	QTD. DE OPS AUTOGESTÃO
4º tri 2023	39	0
1º tri 2024	40	1*
2º tri 2024	36	0
3º tri 2024	37	0

*CAPESESP registro ANS nº 324477

Fonte: Elaboração própria

3. MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

O programa de Mapeamento do Risco Assistencial, regulamentado pela IN DIPRO nº 59, de 2022, consiste no acompanhamento de um conjunto de indicadores, calculados com base nos dados informados pelas operadoras aos diversos sistemas de informação da ANS, subdivididos em duas dimensões: Assistencial e Atuarial dos produtos. Com base nesse conjunto de indicadores é realizada uma avaliação estratificada das operadoras de planos de saúde quanto aos indícios de anormalidades que possam colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde prestado aos beneficiários.

A estruturação do Mapeamento do Risco Assistencial se dá de forma a abarcar tanto os aspectos necessários para assegurar a integralidade da atenção à saúde dos beneficiários de planos de saúde (dimensão Assistencial), quanto aspectos atuariais voltados para a averiguação da sustentabilidade econômico-financeira das operadoras.

O cálculo da Nota Final do Mapeamento do Risco Assistencial, que varia de 0 a 1, resulta da média ponderada do resultado das dimensões Assistencial e Atuarial dos Produtos, sendo atribuído o peso 0,6 para o conjunto de indicadores assistenciais e 0,4 para o conjunto de indicadores atuariais.

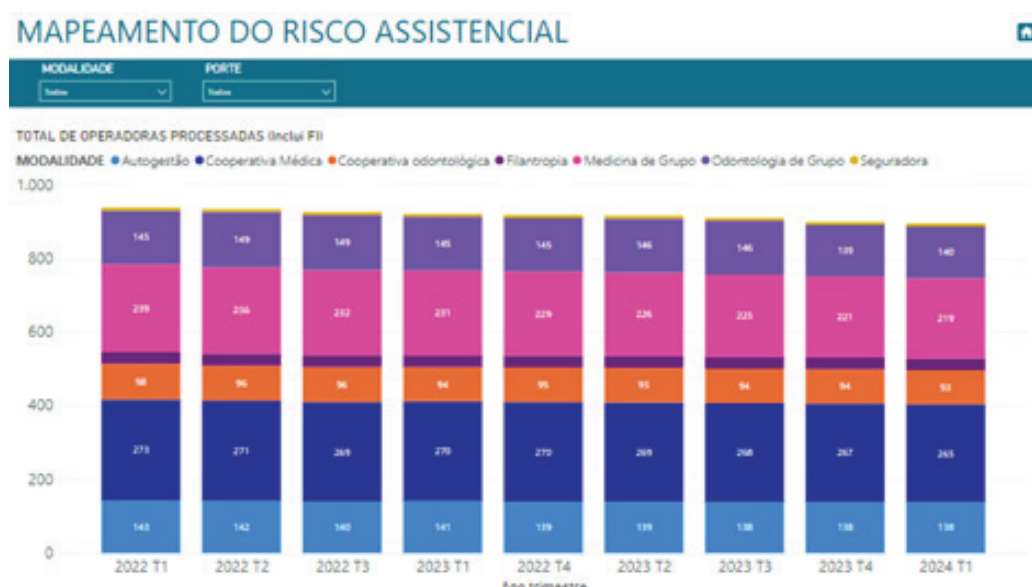
A partir do cálculo da nota final, a operadora é classificada em uma das seguintes faixas:

- Faixa 1 – nota final maior ou igual a 0,7 e menor ou igual a 1;
- Faixa 2 – nota final maior ou igual a 0,35 e menor do que 0,7;
- Faixa 3 – nota final maior ou igual a 0 e menor do que 0,35;

- FI (Faixa Indeterminada) – operadoras que não enviaram até a data do processamento do Mapeamento do Risco Assistencial as informações necessárias à apuração dos indicadores do Mapeamento do Risco Assistencial no trimestre de avaliação. (é considerada uma faixa grave, pois impossibilita o acompanhamento da performance da operadora).

Na figura abaixo, apresentamos o número total de operadoras analisadas, do 1º trimestre de 2022 a 1º trimestre de 2024, por modalidade de operadora.

FIGURA 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS ACOMPANHADAS PELO MAPEAMENTO DO RISCO POR MODALIDADE



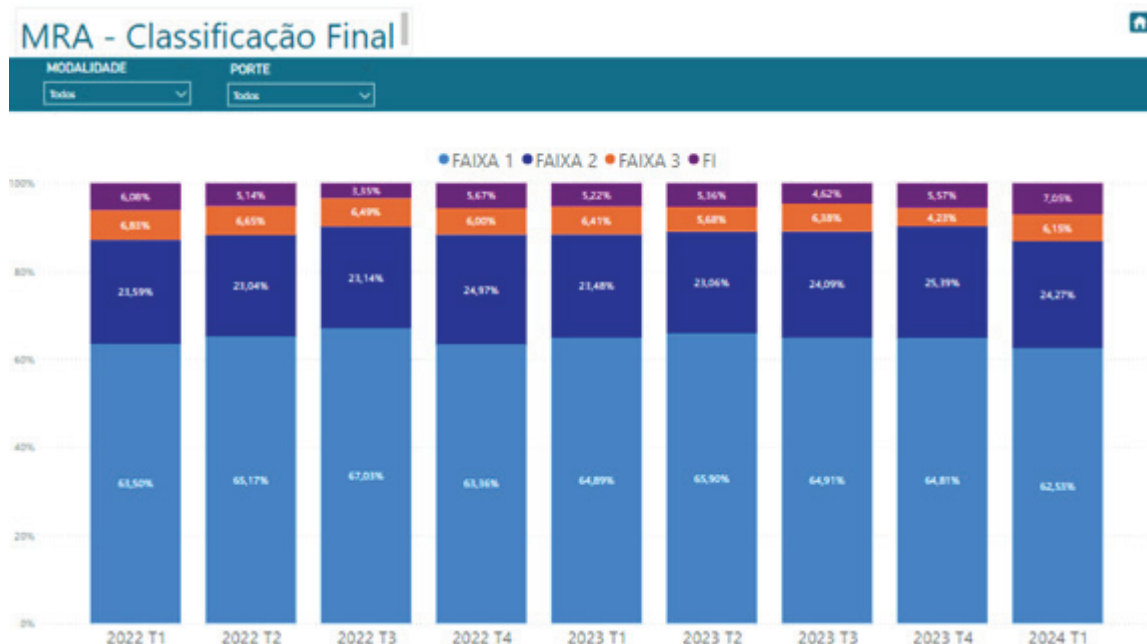
Fonte: Painel Mapa Assistencial – nov/2024

O número de operadoras de Autogestão acompanhadas pelo programa passou de 143 no 1º trimestre/2022 para 138 no 1º trimestre/ 2024. Essa redução se deu entre as de pequeno porte. Com isso, no 1º trimestre/2024, o número de operadoras de autogestão representava aproximadamente 15% do total de operadoras acompanhadas no Mapeamento do Risco Assistencial.

A seguir, é apresentada uma análise sucinta sobre o desempenho das operadoras de Autogestão no programa, em comparação com o desempenho geral do setor.

A figura abaixo apresenta a evolução temporal das operadoras no Mapeamento do Risco Assistencial segundo sua classificação entre as faixas de risco.

■ FIGURA 16 – DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS EM FAIXAS DE RISCO DO MAPEAMENTO (SETOR)



Painel Mapa Assistencial – nov/2024

As figuras abaixo possibilitam analisar a performance das operadoras da modalidade Autogestão no programa, entre o 1º trimestre de 2022 e 1º trimestre de 2024, em comparação com a visão geral do setor apresentada acima. Observa-se que as Autogestões de grande porte historicamente se classificam na Faixa 1 (baixo risco). O desempenho pior, como esperado, ocorre nas autogestões de pequeno porte, que apresentam maior índice de não envio/envio intempestivo de dados aos sistemas da ANS, o que resulta na classificação destas OPS na Faixa Indeterminada (risco desconhecido, considerado grave).

■ FIGURA 17 – DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO NAS FAIXAS DE RISCO DO MAPEAMENTO, POR PORTE

Todos os portes



Porte grande



Porte médio



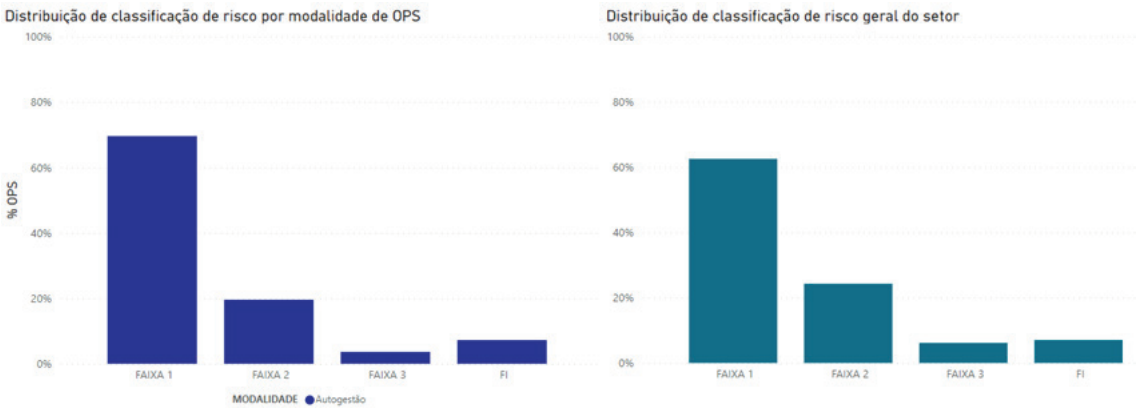
Porte pequeno



Fonte: Painel Mapa Assistencial – nov/2024

No 1º trimestre de 2024 (resultado mais recente do programa divulgado), das 138 operadoras de Autogestão em operação, 123 (89%) ficaram classificadas nas faixas 1 e 2 (96 e 27, respectivamente) e 15 (10,9%) ficaram nas faixas de risco grave (5 na faixa 3, e 10 na faixa indeterminada).

FIGURA 18 - DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS OPERADORAS NO 1º TRIMESTRE DE 2024 – AUTOGESTÃO X GERAL



Painel Mapa Assistencial – nov/2024

Para fins de análise comparativa, abaixo segue a distribuição das Medicinas de Grupo nas faixas de risco do Mapeamento no 1º tri/2024, onde é possível observar que um percentual menor de operadoras de Medicina de Grupo se classifica nas faixas menos gravosas.

FIGURA 19 - DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS OPERADORAS NO 1º TRIMESTRE DE 2024 – MEDICINAS DE GRUPO X GERAL

Painel Mapa Assistencial – nov/2024

2.2 Análise por dimensão:

Na análise por dimensão, as autogestões apresentam desempenho superior às medicinas de grupo tanto na dimensão assistencial como na dimensão atuarial.

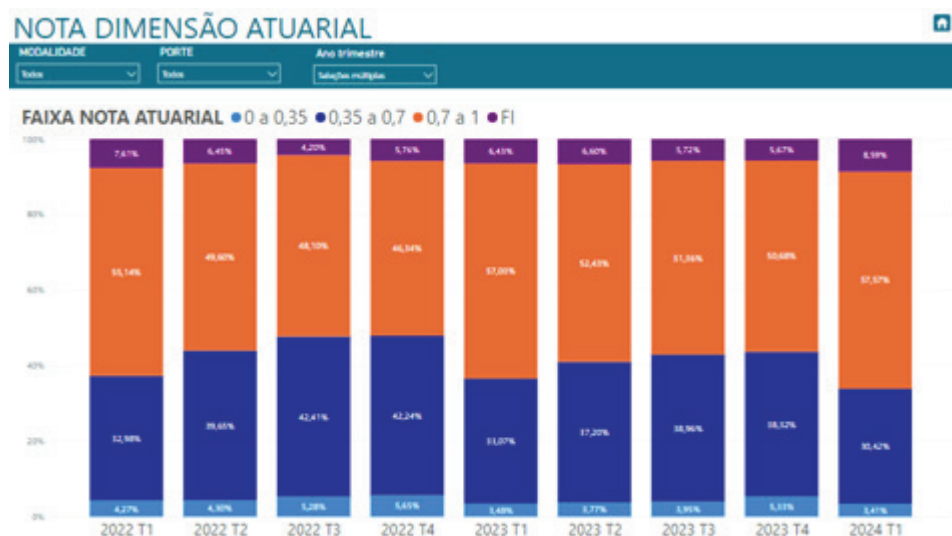
2.2.1 DIMENSÃO ATUARIAL

A Dimensão Atuarial é composta por três indicadores:

- Prazo Médio de Pagamento de Eventos – PMPE;
- Índice Combinado de Saúde Ampliado – ICSA (Sinistralidade Líquida); e.
- Proporção de NTRPs com valor comercial de mensalidade atípico.

Abaixo são apresentados os resultados das operadoras segundo a faixa da nota obtida na dimensão atuarial.

FIGURA 20 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS OPERADORAS NA DIMENSÃO ATUARIAL



* nota entre 0 e 0,35- desempenho ruim no indicador

nota entre 0,35 e 0,7 - desempenho médio

nota entre 0,7 e 1 - desempenho bom

FI - OPS não enviou um dos sistemas de informação à ANS no trimestre de avaliação na data da coleta

Fonte: Painel Mapa Assistencial – nov/2024

As 4 figuras abaixo possibilitam analisar a performance das operadoras da modalidade Autogestão na dimensão atuarial, entre o 1º trimestre de 2022 e 1º trimestre de 2024. O desempenho é melhor para operadoras com maior número de vidas e, como esperado, piora nas operadoras de menor porte, tanto em função de resultados mais baixos nos indicadores quanto em decorrência de não envio dos dados devidos à ANS.

FIGURA 21 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO NA DIMENSÃO ATUARIAL POR FAIXA DE NOTA E PORTE DA OPERADORA

Todos os portes



Porte grande



Porte médio



Porte pequeno

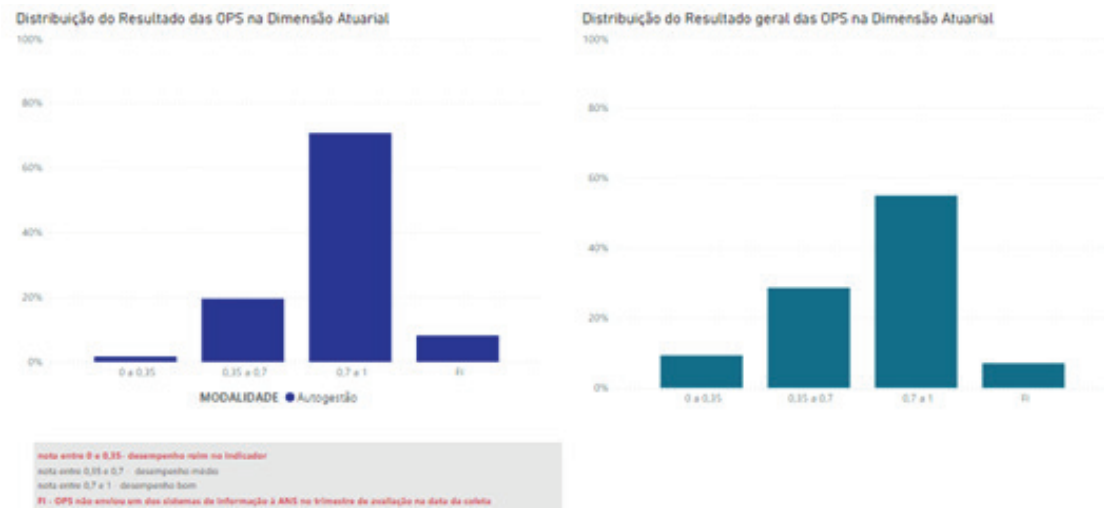


Painel Mapa Assistencial – nov/2024

No 1º trimestre de 2024, 111 (90,4%) foram classificadas nas faixas 1 e 2 (87 e 24, respectivamente) e 12 (9,8%) ficaram nas faixas de risco grave (2 na faixa 3, e 10 na faixa indeterminada), na dimensão

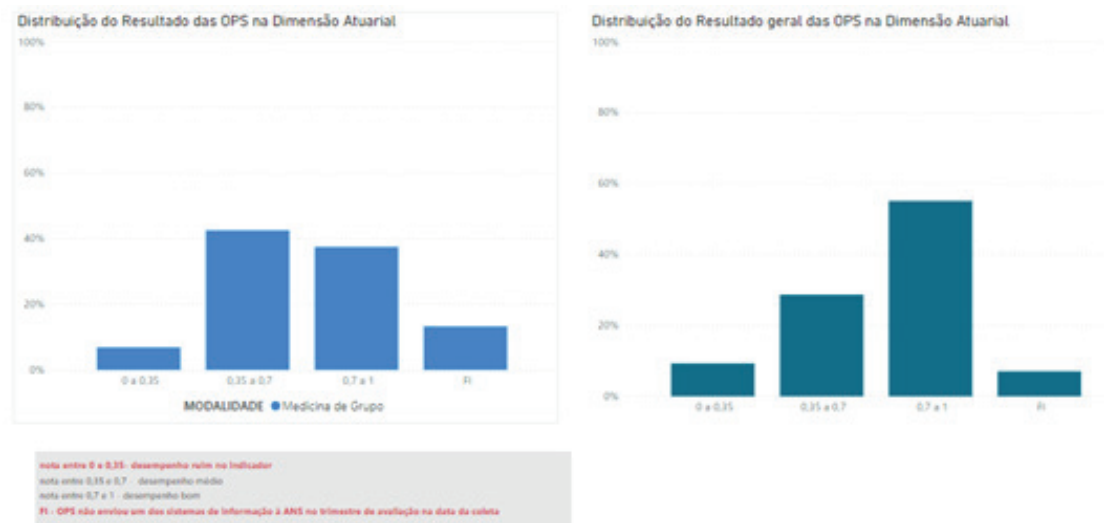
atuarial. Foi mantida a comparação com as operadoras da modalidade medicina de grupo, onde na dimensão atuarial também se percebe um melhor desempenho das Autogestões em comparação com as Medicinas de Grupo.

FIGURA 22 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS AUTOGESTÕES VS. SETOR, NA DIMENSÃO ATUARIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024



Painel Mapa Assistencial – nov/2024

FIGURA 23 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS MEDICINAS DE GRUPO VS SETOR, NA DIMENSÃO ATUARIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024



Painel Mapa Assistencial – nov/2024

2.2.2 DIMENSÃO ASSISTENCIAL

A dimensão assistencial é composta por 14 indicadores, sendo 9 de assistência médica e 5 de assistência odontológica:

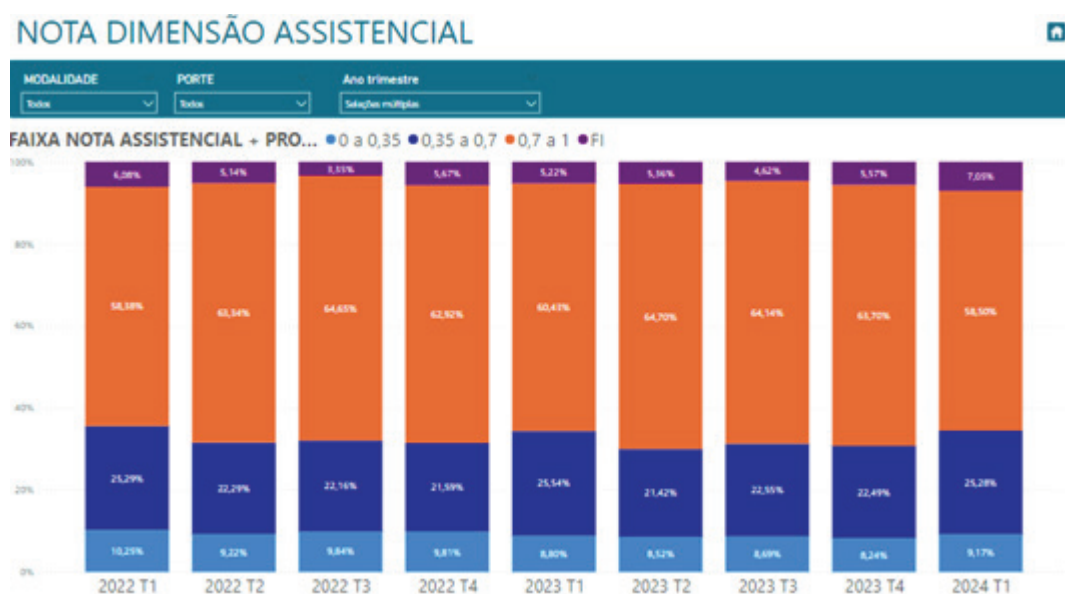
- Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário;
- Número de consultas ambulatoriais com pediatra por beneficiário com idade inferior a 20 anos;
- Proporção de consulta médica em Pronto Socorro;
- Número de mamografias por beneficiária de 50 a 69 anos;
- Taxa de exames de ressonância magnética;
- Taxa de sessões de quimioterapia sistêmica;
- Número de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário;
- Taxa de internação hospitalar;

- Taxa de internações pediátricas por causas respiratórias em beneficiários de 0 a 5 anos de idade;
- Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário;
- Taxa de raspagem supra gengival;
- Taxa de procedimentos preventivos em odontologia;
- Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído; e
- Taxa de próteses odontológicas unitárias.

Como forma de incentivar a adoção de modelos de cuidado voltados para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças é atribuída uma pontuação bônus equivalente a um acréscimo de 15% a nota da dimensão assistencial para as operadoras com programas de PROMOPREV inscritos na ANS.

Abaixo são apresentados os resultados das operadoras segundo a faixa da nota obtida na dimensão Assistencial.

FIGURA 24 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS OPERADORAS NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL, SEGUNDO AS FAIXAS DE NOTA



nota entre 0 e 0,35- desempenho ruim no indicador

nota entre 0,35 e 0,7 - desempenho médio

nota entre 0,7 e 1 - desempenho bom

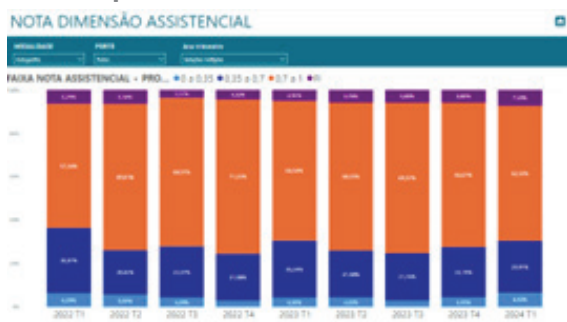
FI - OPS não enviou um dos sistemas de informação à ANS no trimestre de avaliação na data da coleta

Painel Mapa Assistencial – nov/2024

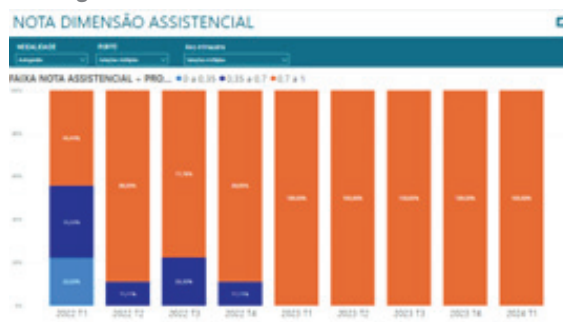
As 4 figuras abaixo possibilitam analisar a performance das operadoras da modalidade Autogestão na dimensão atuarial, entre o 1º trimestre de 2022 e 1º trimestre de 2024. Desde o primeiro trimestre de 2023, todas as operadoras da modalidade de autogestão obtiveram nota superior a 0,7 na dimensão assistencial. Assim como na dimensão atuarial, quanto menor o porte das operadoras de autogestão, maior o número de operadoras que obtêm notas abaixo de 0,35 na dimensão.

FIGURA 25 – DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS AUTOGESTÕES NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL, POR PORTE DA OPERADORA

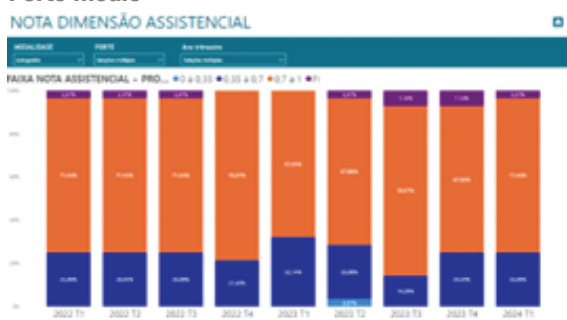
Todos os portes



Porte grande



Porte médio



Porte pequeno



Painel Mapa Assistencial – nov/2024

No 1º trimestre de 2024, 119 (86,2%) operadoras foram classificadas nas faixas 1 e 2 (84 e 35, respectivamente) e 19 (13,8%) ficaram nas faixas de risco grave (9 na faixa 3, e 10 na faixa indeterminada), na dimensão assistencial. Pode ser observado um melhor desempenho das autogestões vis-à-vis as medicinas de grupo e ao próprio setor como um todo na dimensão assistencial do programa.

FIGURA 26 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS AUTOGESTÕES NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024

Distribuição do Resultado das OPS na Dimensão Assistencial, por Modalidade



Distribuição do Resultado das OPS na Dimensão Assistencial



nota entre 0 e 0,35- desempenho ruim no indicador

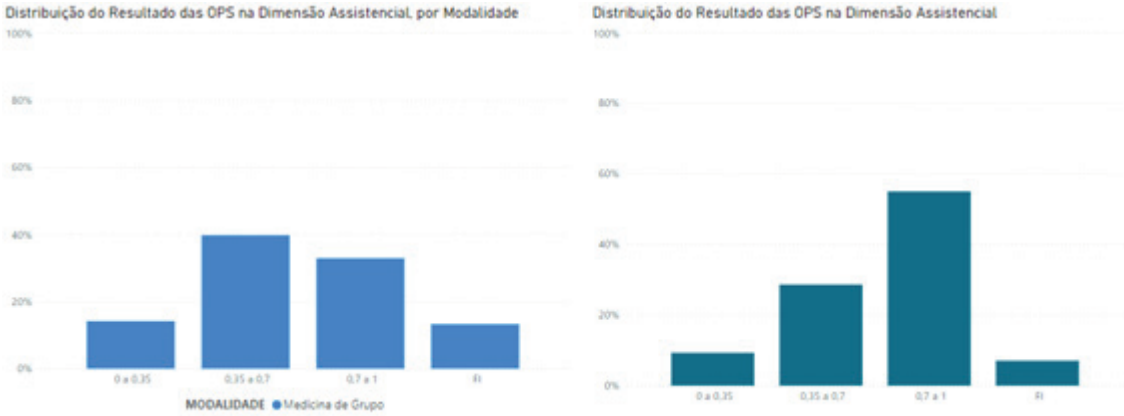
nota entre 0,35 e 0,7 - desempenho médio

nota entre 0,7 e 1 - desempenho bom

FI - OPS não enviou um dos sistemas de informação à ANS no trimestre de avaliação na data da coleta

Fonte: Painel Mapa Assistencial – nov/2024

FIGURA 27 - DISTRIBUIÇÃO DO RESULTADO DAS MEDICINAS DE GRUPO NA DIMENSÃO ASSISTENCIAL NO 1º TRIMESTRE DE 2024



nota entre 0 e 0,35- desempenho ruim no indicador
nota entre 0,35 e 0,7 - desempenho médio
nota entre 0,7 e 1 - desempenho bom
FI - OPS não enviou um dos sistemas de informação à ANS no trimestre de avaliação na data da coleta
Painel Mapa Assistencial – nov/2024

O quadro abaixo mostra o total de operadoras que foram encaminhadas para acompanhamento individualizado pela GEDIT nos últimos 5 ciclos do Mapeamento do Risco Assistencial, e dessas, quantas eram autogestões:

TABELA 4 – TOTAL DE OPERADORAS MÉDICO- HOSPITALARES X TOTAL DE AUTOGESTÕES COM RISCO GRAVE

TRIMESTRE DE AVALIAÇÃO	TOTAL DE OPS RISCO GRAVE PELO MAPEAMENTO	TOTAL DE AUTOGESTÕES
1º TRI 2023	13	11
2º TRI 2023	14	0
3º TRI 2023	18	12
4º TRI 2023	13	0
1º TRI 2024	16	13

1. CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANE, registro ANS nº 315583, arquivado após apresentação de resposta comprobatória
2. REAL GRANDEZA - FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, registro ANS nº 331317, arquivado após apresentação de resposta comprobatória
3. CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DO BANE, registro ANS nº 315583, em cancelamento compulsório a partir de agosto de 2024

Por fim, informamos que atualmente, não há operadoras de Autogestão em acompanhamento individualizado pela GEDIT, seja em Plano de Recuperação Assistencial (PRASS) ou regime de direção técnica.

Precificação e Reajuste por mudança de faixa etária

Utilizando os dados informados nas notas técnicas para planos em comercialização ao final de cada mês em pelo menos um município nacional temos que as Autogestões tem valor comercial médio mais baixo que as demais operadoras, sobretudo nas faixas etárias mais altas. Chama atenção que em todas as faixas etárias as autogestões são mais baratas.

■ FIGURA 28 – VALOR COMERCIAL CONSOLIDADO – DEMAIS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES X AUTOGESTÕES

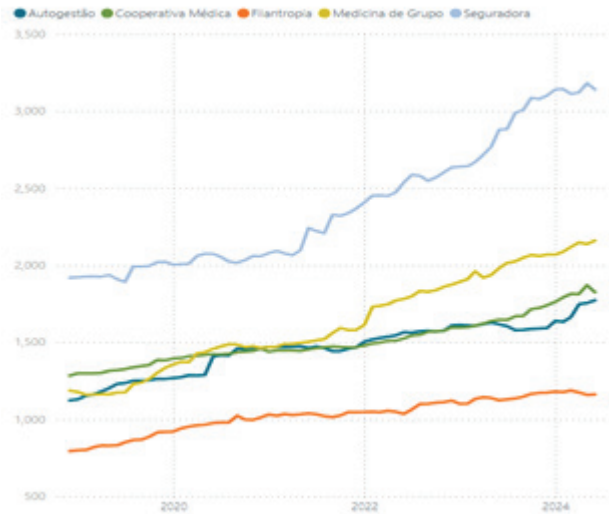
Demais operadoras



Fonte: Precificação Dados a partir de 23/07/24, 10:50. Filtrado por Modalidade, Mês e ano (jun 2024)

Na evolução mensal do valor comercial comparada a outras modalidades, as Autogestões têm faixas de preço que se aproximam das Cooperativas Médicas para a faixa etária de 59 anos ou mais, só sendo maiores que as Filantrópicas. No entanto, se comparado às Medicinas de Grupo ou Seguradoras, essas são respectivamente, 21.82% e 77,15% mais altas, conforme é possível observar na figura abaixo.

■ FIGURA 29 – VALOR COMERCIAL – FAIXA 59 ANOS OU MAIS



Fonte: Precificação
Dados a partir de 23/07/24, 10:50
Filtrado por Faixa etária (é 59 anos ou mais), Atributo de operadora (é Modalidade)

Reajuste Anual

O sistema de Reajustes de Planos Coletivos recebe os comunicados de reajustes financeiros aplicados às mensalidades dos planos contratados por pessoa jurídica previstos na Resolução Normativa ANS n.º 565, de 2022. Com base nesses dados, foram extraídos os gráficos a seguir:

■ FIGURA 30 – REAJUSTE COLETIVO – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS – ÚLTIMOS 5 ANOS¹⁵

Modalidade	Qt ops	% Beneficiários	Tamanho de contrato	Reajuste médio	Q1	Mediana	Q3	Média	Desvio padrão	CV
Autogestão	99	6.4%	6,987	9.36	9.0	9.6	13.5	13.1	14.0	107%
Cooperativa Médica	265	38.2%	48	12.32	9.8	13.2	16.7	13.6	8.5	62%
Filantropia	31	1.4%	16	10.15	10.8	12.3	15.0	12.3	4.9	40%
Medicina de Grupo	221	35.4%	30	14.52	17.5	19.9	21.9	19.6	6.5	33%
Seguradora	7	18.5%	46	19.70	19.4	23.8	24.8	22.5	6.7	30%
Total	623	100.0%	48	14.25	14.1	19.3	23.0	18.1	8.0	44%

Fonte: Reajuste Coletivo
Dados a partir de 23/07/24, 13:42
Filtrado por Cobertura (é Médico-hospitalar), Atributo (é Modalidade), Ano (é 2023), Date (01/01/2019 - 31/12/2023)

Aqui temos que 100% de beneficiários de planos coletivos, 6,4% estão em operadoras na modalidade de autogestão, ou seja, das operadoras que encaminharam dados para o sistema de Reajuste de planos coletivos - RPC, 6,4% dos beneficiários estão em autogestões.

Nas Autogestões o tamanho do contrato é muito superior às demais modalidades, chegando a 6.987 beneficiários enquanto às demais não chegam a 50 vidas. Isso porque, nas Autogestões, a média de beneficiários por contrato nos contratos com reajuste é feita pela constituição dos grupos fechados. A

15 Qt. ops é a quantidade de operadoras com beneficiários em planos coletivos (sistema SIB). Beneficiários refere-se à média mensal de vínculos ativos em planos coletivos (sistema SIB). Tamanho do contrato é a média de beneficiários por contrato nos contratos com reajuste. Reajuste médio refere-se à média dos percentuais de reajuste ponderada pela quantidade de beneficiários no contato no mês de sua aplicação, excluindo-se valores atípicos por boxplot1,5xIQR e reajustes aplicados com alteração de fator moderador (coparticipação e/ou franquia). As estatísticas descritivas (Q1, Q3, mediana, média, desvio padrão e coeficiente de variação) são calculadas sobre a base completa de reajustes informados por contrato sem exclusão de valores atípicos (outliers) – Observações da Diretoria de Produtos sobre dashboard interno de acompanhamento.

média dos percentuais de reajuste ponderada pela quantidade de beneficiários no contato no mês de sua aplicação também é a menor entre as modalidades, com média de 52,5% menor que a das seguradoras, ou seja, que as seguradoras possuem reajuste 110,5% maior que as autogestões.

É sabido que o reajuste médio acumulado dos contratos empresariais reduz-se com a ampliação do número de vidas do pool considerado. Conforme observa a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos em nota sobre o tema:

Em relação ao mercado de planos coletivos empresariais, o comportamento dos reajustes médios segue uma tendência mais coerente, uma vez que se observa a redução contínua dos reajustes médios até o patamar de 1.000 vidas e depois comportamentos oscilantes entre as faixas de contratos entre 1.000 e 10.000 vidas. A única exceção, assim como no mercado de planos por adesão, acontece na faixa de contratos acima de 10.000 vidas, porém com a apresentação de média bem mais próxima das demais - 17,51%, embora seja a maior dentre todas as faixas verificadas. NOTA TÉCNICA Nº 2013/2017/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO¹⁶

Não vemos a mesma lógica nos contratos por adesão, o reajuste médio acumulado dos contratos por adesão aumenta em função do acréscimo de beneficiários no pool, o que contraria a lógica esperada com a edição da Rn n.º 309/2012 (Resolução Normativa que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste).

Esse, portanto, é um aspecto positivo das Autogestões em termos de aplicação do reajuste. Se observamos o número de vidas por agrupamento de contratos das Autogestões temos que 83,1% dos contratos têm 5.000 vidas ou mais o que permite uma diluição maior dos valores de reajuste.

■ FIGURA 31 – RESUMO DE ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS – ÚLTIMOS 5 ANOS – PORTE DETALHADO POR AGRUPAMENTO – AUTOGESTÕES

Porte detalhado	Qt ops	% Beneficiários	Tamanho de contrato	Reajuste médio	Q1	Mediana	Q3	Média	Desvio padrão	CV
até 5 vidas	99	0.2%	3	9.44	9.0	9.0	9.6	11.2	14.3	127%
6-29 vidas	99	0.1%	13	16.65	9.6	9.6	24.7	18.7	19.3	103%
30-249 vidas	99	1.0%	110	15.05	9.6	13.7	18.8	16.6	12.2	74%
250-999 vidas	99	4.2%	545	12.07	6.5	13.7	15.5	12.7	8.2	65%
1000-4999 vidas	99	11.5%	2,053	12.86	8.6	12.5	16.4	13.5	8.0	59%
5000+ vidas	99	83.1%	63,925	8.69	6.0	9.6	13.5	11.7	16.6	141%
Total	99	100.0%	6,987	9.36	9.0	9.6	13.5	13.1	14.0	107%

Fonte: Reajuste Coletivo
Dados a partir de 23/07/24, 13:42
Filtrado por **Modalidade** (é Autogestão), **Cobertura** (é Médico-hospitalar), **Atributo** (é Porte detalhado), **Ano** (é 2023), **Date** (01/01/2019 - 31/12/2023)

Além do comportamento mais estável do reajuste médio, a operação de planos coletivos pelas autogestões apresenta outras características que o diferenciam dos planos por adesão como: **a maior facilidade de controle sobre a elegibilidade dos beneficiários na contratação do plano empresarial (vínculo empregatício) e a participação financeira da pessoa jurídica contratante, que em muitas situações paga parte ou totalidade das contraprestações pecuniárias de seus empregados ou realiza aportes financeiros como forma de reduzir o reajuste cobrado pelas operadoras.**

Nesse sentido, vale ressaltar que as autogestões podem alterar sua forma de custeio.

Em que pese possa ser percebido pelo beneficiário como um reajuste, mudança da forma de custeio não corresponde a reajuste (seja reajuste financeiro anual seja reajuste por mudança de faixa etária) e sim a

16 Ver documento no link: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/http-answeb-producao-administrator-9c990ba54f978eb173ed9241dfce1a20/10/ap10_nt2013_propostas_reajustes_planos_coletivos.pdf

uma nova forma de precificar o produto, como se fosse uma nova contratação. A nova forma de custeio pode trazer valores diferentes (seja da contraprestação pecuniária, do fator moderador ou do reajuste por mudança de faixa etária) que não necessariamente precisam guardar relação com valores praticados em momentos anteriores.

Quando observamos a proporção de beneficiários em contratos por reajuste por porte de contrato nas demais operadoras vemos um crescente aumento de contratos até 5 vidas ou entre 6-29 vidas.

Conforme ressaltou a Análise de Resultado Regulatório de Reajuste¹⁷

O segmento de planos individuais especificamente perdeu 9,7 pontos percentuais (p.p.) de participação no mercado entre 2005 e 2022. Em paralelo, os contratos empresariais de até 5 vidas – subsegmento que praticamente não existia em 2005 – passa a responder por 11,5% do total de beneficiários em 2022. Ou seja, o crescimento de beneficiários em planos individuais não acompanhou a expansão do setor ao longo do período e perdeu espaço para contratos empresariais pequenos.

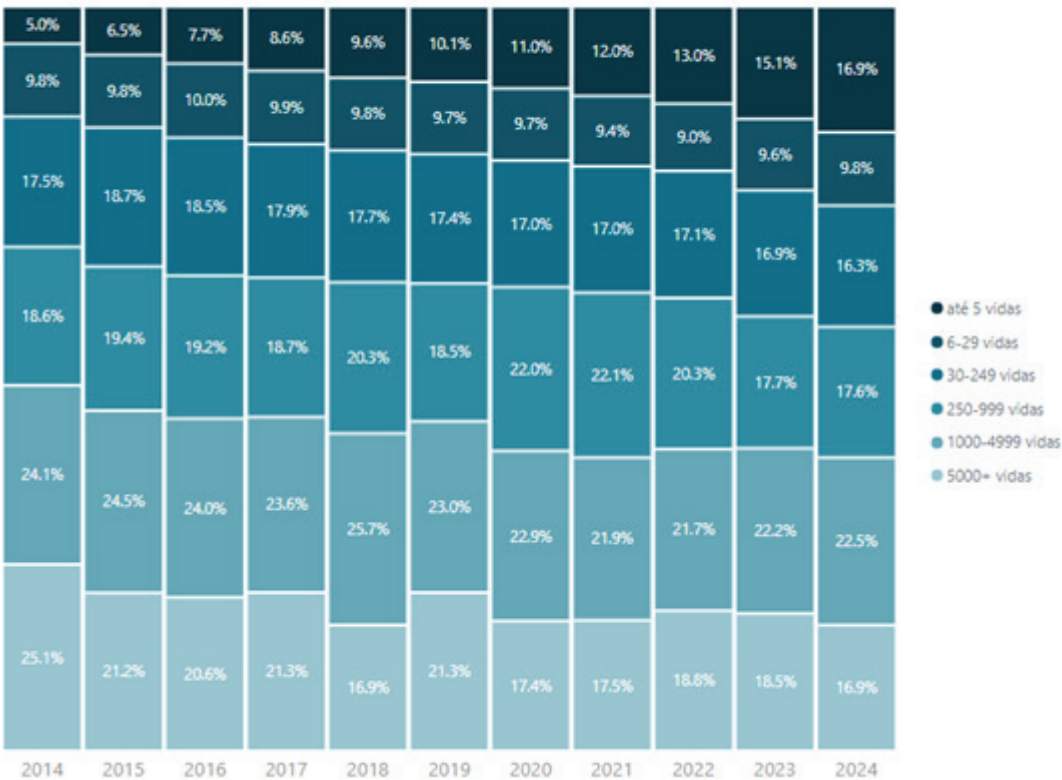
Nesse tipo de contratação, devido à pouca quantidade de beneficiários presentes, têm em sua essência características semelhantes aos planos individuais no que se refere à diluição de risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências, no caso dos planos empresariais. Apesar desses contratos coletivos possuírem natureza atuarial similar aos planos individuais, eles estão sujeitos à rescisão unilateral da operadora e possuem reajustes estabelecidos pela operadora por meio do agrupamento de contratos criado pela RN nº 309/2012. Como os contratos de planos coletivos têm o reajuste estabelecido através da livre negociação e a possibilidade de serem rescindidos pelas operadoras sem restrição, estes podem ser comercializados com preços mais baixos do que os planos individuais e, por conseguinte, tornam-se mais atraentes ao consumidor¹⁸.

¹⁷ Ver Análise de Resultado Regulatório Reajuste Planos Coletivos no link: https://www.gov.br/ans/pt-br/acao-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/ARR_Reajuste_Planos_Coletivos.pdf

¹⁸ Ver https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acao-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp48/20120731_cp48_motivos.pdf

FIGURA 32 - PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS EM CONTRATOS POR REAJUSTE POR PORTE DE CONTRATO – DEMAIS OPERADORAS MÉDICO HOSPITALARES.

Proporção de beneficiários em contratos com reajustes por porte do contrato



Fonte: <https://app.powerbi.com/MobileRedirect.html?action=OpenReport&apId=b7419802-72a4-49a9-8888-38d3249f3828&reportObjectId=78f30a19-9bbf-4157-ab8b-373c879a860c&ctid=9dba480c-4fa7-42f4-bba3-0fb1375f5f5f&reportPage=ReportSection182ba2bf9783d4d3c497&pbisource=copyvisualimage Reajuste Coletivo>

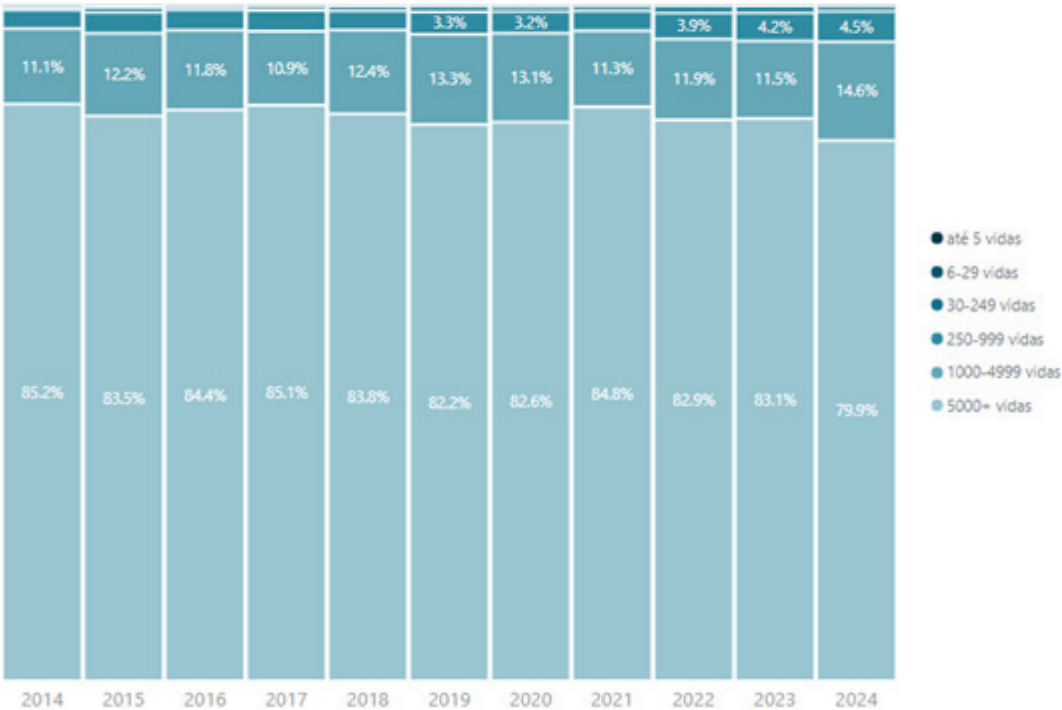
Dados a partir de 23/07/24, 13:42

Filtrado por **Cobertura** (é Médico-hospitalar), **Modalidade** (não é Autogestão)

Diferente das demais modalidades, ao considerarmos as autogestões vemos novamente uma maior concentração de beneficiários em contratos com mais de 5 mil vidas, sendo residual o número de agrupamento com até 30 vidas.

FIGURA 33 – PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS EM CONTRATOS POR REAJUSTE POR PORTE DE CONTRATO – AUTOGESTÕES

Proporção de beneficiários em contratos com reajustes por porte do contrato



Fonte: Reajuste Coletivo
Dados a partir de 23/07/24, 13:42
Filtrado por **Cobertura** (é Médico-hospitalar), **Modalidade** (é Autogestão)

Há, portanto, característica nessa modalidade que influencia positivamente o mutualismo, ou seja, quanto maior o volume de beneficiários em um grupo, maior será a diluição do risco de sinistralidade, estabilizando o ponto de equilíbrio financeiro do grupo e tornando o preço acessível aos indivíduos. Da mesma forma, quanto menor o grupo, mais volátil o risco de sinistralidade, tornando a continuidade do vínculo insustentável.

Os dados se repetem sem muitas diferenças e consideramos o resumo por ciclo, sendo o ciclo anual de reajuste, o período de aplicação de reajustes de contratos em agrupamentos que corresponde de maio a abril do ano subsequente.

Na figura abaixo é possível observar o reajuste nas Autogestões por ordem decrescente do número de beneficiários:

FIGURA 34 – REAJUSTE MÉDIO AUTOGESTÕES

Operadora	Beneficiários SIB	Contratos RPC	Tamanho de contrato	Reajuste médio	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	Moda	Média	Desvio padrão	CV
323080 - GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	285.562	20	33.237	4,5	0,0	5,3	5,8	11,6	16,2	5,8	8,1	4,9	61%
413534 - CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MAT...	204.294	25	15.285	9,6	9,6	9,6	9,6	9,6	9,6	9,6	9,6	0,0	0%
346659 - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO B...	178.015	23	7.622	13,4	4,7	4,7	4,7	8,6	14,3	4,7	6,8	2,5	38%
312126 - FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ	147.405	3	142.908	11,4	11,3	11,3	11,3	17,8	17,8	11,3	13,2	3,0	23%
419010 - INSTITUTO CURITIBA DE SAÚDE	75.436	6	13.707	5,3	0,0	4,6	4,6	4,9	12,0	4,6	5,6	3,5	62%
346926 - FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO ...	66.475	42	2.309	16,3	3,1	8,1	17,1	35,2	122,1	8,1	36,3	42,5	117%
417505 - CEMIG SAÚDE	57.614	1	56.898	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	NaN	
315478 - FUNDAÇÃO CESP	43.668	1	40.581	11,9	8,8	8,8	13,5	13,5	13,5	13,5	11,5	2,4	21%
355151 - FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	37.820	2	19.285	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	14,6	0,0	0%
385697 - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRAS...	37.278	4	9.292	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	0,0	0%
314668 - ABERTTA SAÚDE - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS EMPREGAD...	32.070	19	2.366	15,6	0,0	13,1	14,6	18,5	21,8	18,5	14,5	4,2	29%
361011 - SINDIFISCO NACIONAL - SINDICATO NACIONAL DOS AUDITOR...	29.799	1	30.175	5,3	0,0	3,0	3,0	5,9	8,8	3,0	4,2	3,3	79%
331317 - REAL GRANDEZA - FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCI...	26.630	1	19.821	11,3	0,0	6,0	11,0	17,0	152,8	0,0	27,3	43,4	159%
380661 - METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL	25.131	1	26.465	1,8	0,0	0,0	0,0	6,1	15,8	0,0	4,0	6,6	166%
338648 - FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	23.964	1	24.346	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	NaN	
416584 - ASSOCIAÇÃO FUNDO DE PROTEÇÃO À SAÚDE	23.267	1	23.115	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	NaN	
324493 - S.P.A SAUDE- SISTEMA DE PROMOÇÃO ASSISTENCIAL	23.213	58	451	14,2	13,7	13,7	13,7	13,7	25,2	13,7	15,5	4,1	26%
416401 - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRAS...	22.054	1	22.268	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	NaN	
315044 - FUNDAÇÃO CELESC DE SEGURIDADE SOCIAL - CELOS	21.309	2	10.662	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	0,0	0%
320820 - CAIXA DE ASSISTÊNCIA SISTEMA SAÚDE INTEGRAL-SSI SAUDE	21.272	31	835	7,2	0,0	6,7	6,7	6,7	10,0	6,7	6,8	2,2	33%
330809 - FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DA ARCELORMITTAL BRA...	21.243	6	3.787	25,3	14,0	14,0	14,0	26,0	30,0	14,0	19,3	8,3	43%
324477 - CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA F...	20.633	46	548	23,3	4,9	9,9	12,9	24,9	59,9	9,9	19,1	12,4	65%
409243 - SAUDE PAS - MEDICINA E ODONTO	20.558	164	166	23,5	5,8	18,7	24,7	39,0	45,0	39,0	27,3	11,8	43%
316873 - CAIXA DE ASSISTENCIA A SAUDE DA UNIVERSIDADE	19.349	14	1.385	10,3	6,3	9,8	9,8	10,2	12,2	9,8	9,7	1,7	17%
Total	1.838.375	1.925	6.987	9,4	0,0	9,0	9,6	13,5	152,8	9,6	13,1	14,0	107%

Fonte: <https://app.powerbi.com/MobileRedirect.html?action=OpenReport&appId=b7419802-72a4-49a9-8888-38d3249f3828&reportObjectId=78f30a19-9bbf-4157-ab8b-373c879a860c&ctid=9dba480c-4fa7-42fa-bba3-0fb1375f5f5f&reportPage=ReportSection64f98eef304a2725cc4&pbisource=copyvisualimageReajuste Coletivo>
 Dados a partir de 23/07/24, 13:42

Filtrado por **Cobertura** (é Médico-hospitalar), **Modalidade** (é Autogestão), Ano (é 2023)

O reajuste médio refere-se à média dos percentuais de reajuste ponderada pela quantidade de beneficiários. De acordo com a nota metodológica do Dashboard de Reajuste Coletivo, os indicadores estatísticos (mediana, média, coeficiente de variação e moda) são calculados sobre a base completa de reajustes informados por contrato, sem exclusão de valores atípicos. A moda no contexto de um conjunto de dados de percentuais de reajustes de contratos coletivos, invariavelmente reflete o percentual aplicado aos contratos até 29 vidas que pertencem aos agrupamentos de contratos de uma operadora, de acordo com a RN n.º 309/2012. A média refere-se à média aritmética simples.

Feitas essas considerações, observamos que das 99 operadoras na modalidade de Autogestão representadas, 42 aumentaram o reajuste médio em relação ao ano anterior 2022, enquanto 32 reduziram. Observa-se, portanto, uma certa estabilidade na variação dos reajustes.

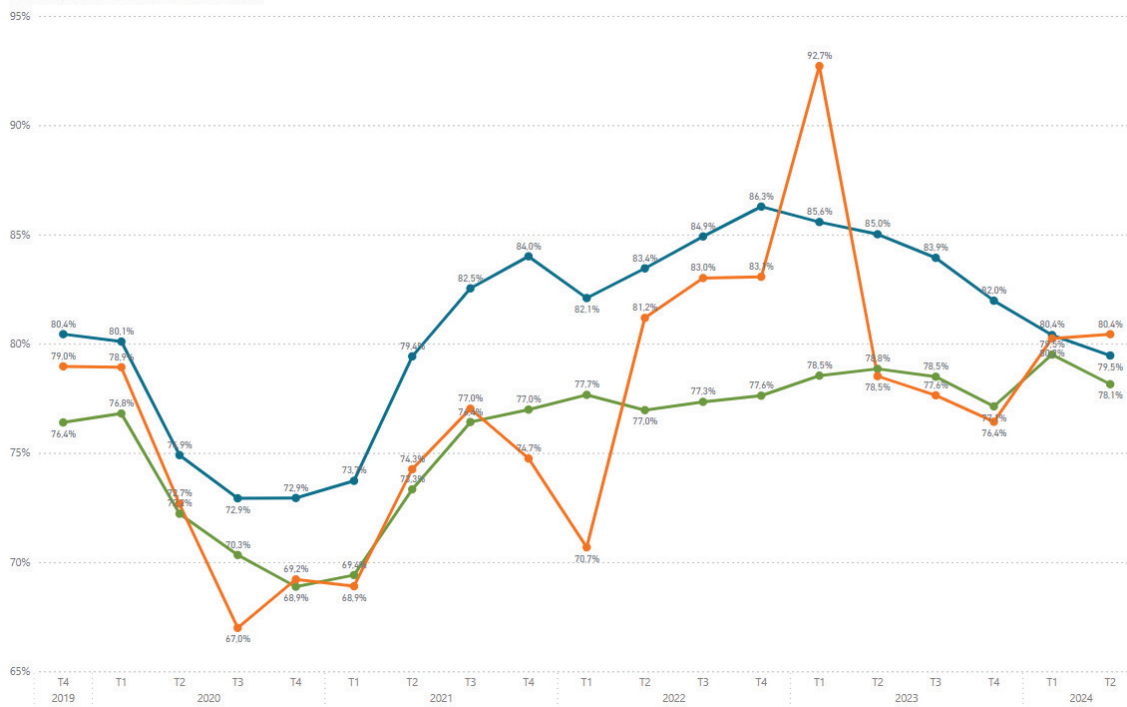
Resultado Assistencial

As informações de receita e despesas incorridas na prestação de assistência à saúde foram extraídas das Demonstrações Financeiras informados no DIOPS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Nesse contexto, as autogestões que operam por intermédio de seu Recursos Humanos ou órgão assemelhado são dispensadas do envio.

- Sinistralidade

FIGURA 35 – SINISTRALIDADE POR CARTEIRA PRÓPRIA - DEMAIS OPERADORAS MÉDICO HOSPITALARES

Porte da operadora: Grande (azul), Médio (verde), Pequeno (laranja)



Fonte: Resultado assistencial

Dados a partir de 11/09/24, 09:16

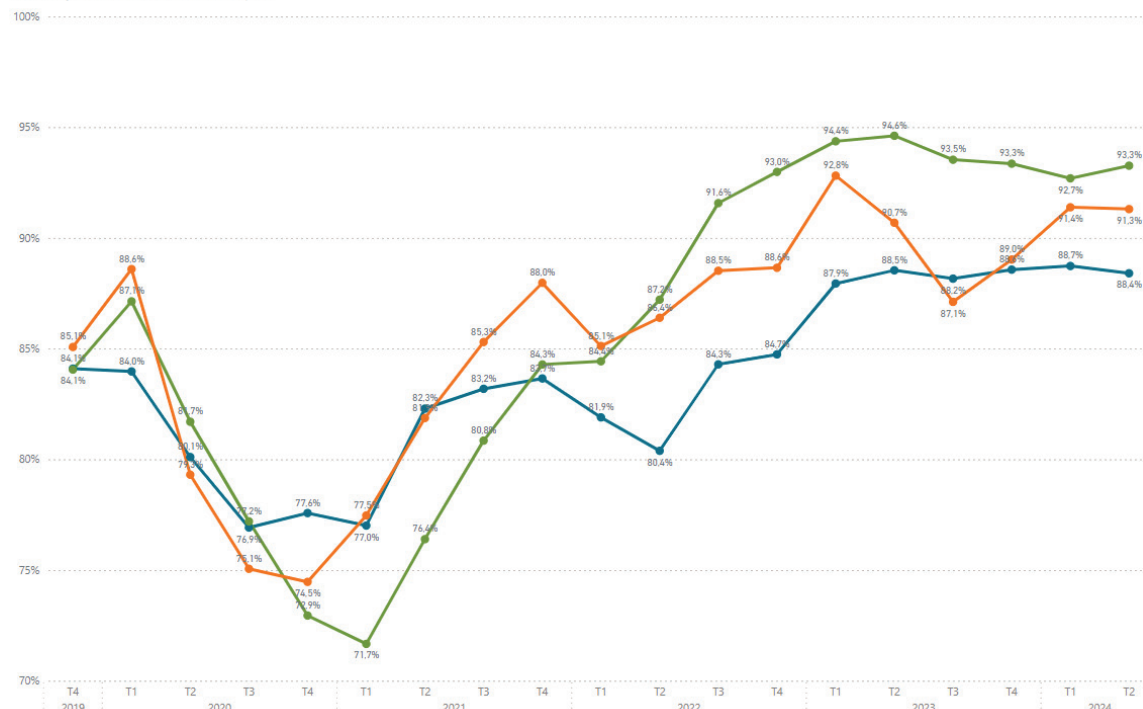
Filtrado por **Cobertura do plano** (é Médico-hospitalar), **Vigência** (é Novos), **Tipo de medida** (é 12 meses), **_VARIACAO** (é Variação da despesa por beneficiário), **ATRIBUTOS_OPS** (é Porte da operadora), **Modalidade** (não é Cooperativa Médica, Odontologia de Grupo ou Autogestão) Fonte: Resultado assistencial

Dados a partir de 11/09/24, 09:16

Filtrado por **Cobertura do plano** (é Médico-hospitalar), **Vigência** (é Novos), **Tipo de medida** (é 12 meses), **_VARIACAO** (é Variação da despesa por beneficiário), **ATRIBUTOS_OPS** (é Porte da operadora), **Modalidade** (não é Cooperativa Médica, Odontologia de Grupo ou Autogestão) Fonte: Resultado assistencial

FIGURA 36 – SINISTRALIDADE POR CARTEIRA PRÓPRIA - AUTOGESTÕES

Porte da operadora: Grande (azul), Médio (verde), Pequeno (laranja)



Dados a partir de 11/09/24, 09:16

Filtrado por **Cobertura do plano** (é Médico-hospitalar), **Vigência** (é Novos), **Tipo de medida** (é 12 meses), **_VARIACAO** (é Variação da despesa por beneficiário), **ATRIBUTOS_OPS** (é Porte da operadora), **Modalidade** (é Autogestão)

Nas demais operadoras, a sinistralidade vem caindo e se mantendo em queda principalmente nas operadoras de grande porte, com cerca de 81%. Nas autogestões, tendência é de alta principalmente nas de pequeno porte, com sinistralidade de 92%.

Sobre a sinistralidade, se faz necessário tecer algumas considerações: i) nas autogestões, essa tendência não é uniforme, variando por porte. ii) essa queda de sinistralidade nas demais operadoras só pode ser observada a partir do fim de 2022 e pode estar relacionada a comportamentos inoportunos por parte de operadoras que usam a possibilidade de rescisão unilateral de contratos¹⁹ e reajustes mais altos para expurgar suas carteiras²⁰, o que não ocorre nas autogestões.

Podemos verificar abaixo a variação anual e sinistralidade por tipo de operadora.

FIGURA 37 - VARIAÇÃO ANUAL E SINISTRALIDADE POR TIPO DE OPERADORA - AUTOGESTÕES



Fonte: Resultado assistencial - Dados a partir de 11/09/24, 09:16 -Filtrado por **Tipo de medida** (é 12 meses), **ATRIBUTOS_OPS** (é Porte da operadora), **Cobertura do plano** (é Médico-hospitalar), **Vigência** (é Novos), **Modalidade** (é Autogestão), **Trimestre** (é T2)

FIGURA 38 - VARIAÇÃO ANUAL E SINISTRALIDADE POR TIPO DE OPERADORA – DEMAIS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES

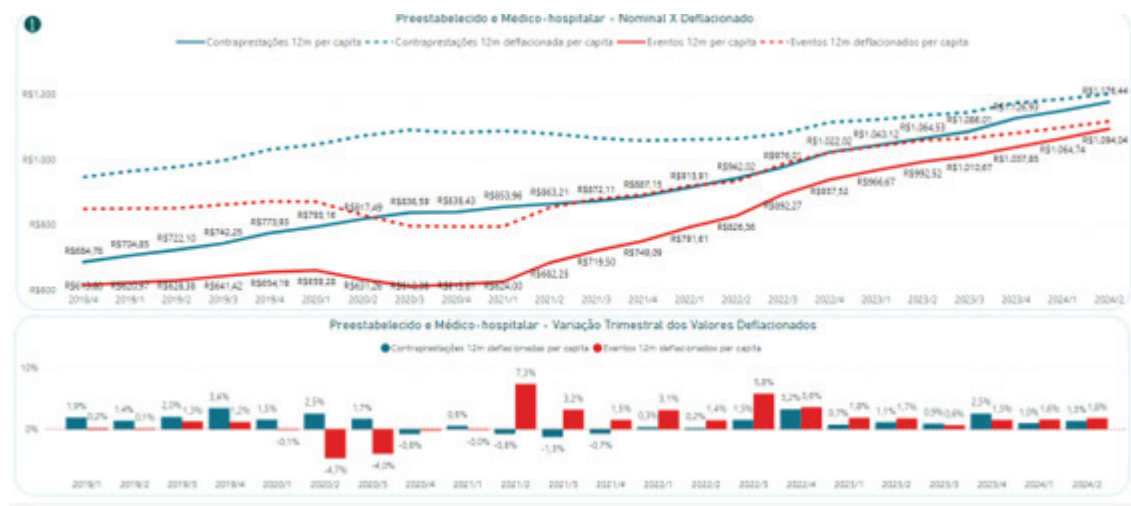


Fonte: Resultado assistencial - Dados a partir de 11/09/24, 09:16 -Filtrado por **Tipo de medida** (é 12 meses), **ATRIBUTOS_OPS** (é Porte da operadora), **Cobertura do plano** (é Médico-hospitalar), **Vigência** (é Novos), **Modalidade** (exceto Autogestão), **Trimestre** (é T2)

19 Nota-se que a rescisão unilateral é atualmente permitida em todas as modalidades coletivas. Apenas nos casos de contratação empresarial por empresário individual a regulação setorial exige certo grau de programação ou previsibilidade para a efetiva rescisão do contrato.
 20 A metodologia de cálculo do reajuste anual dos contratos coletivos é sujeita a livre negociação entre as partes e segue o que for estipulado em cláusula contratual.

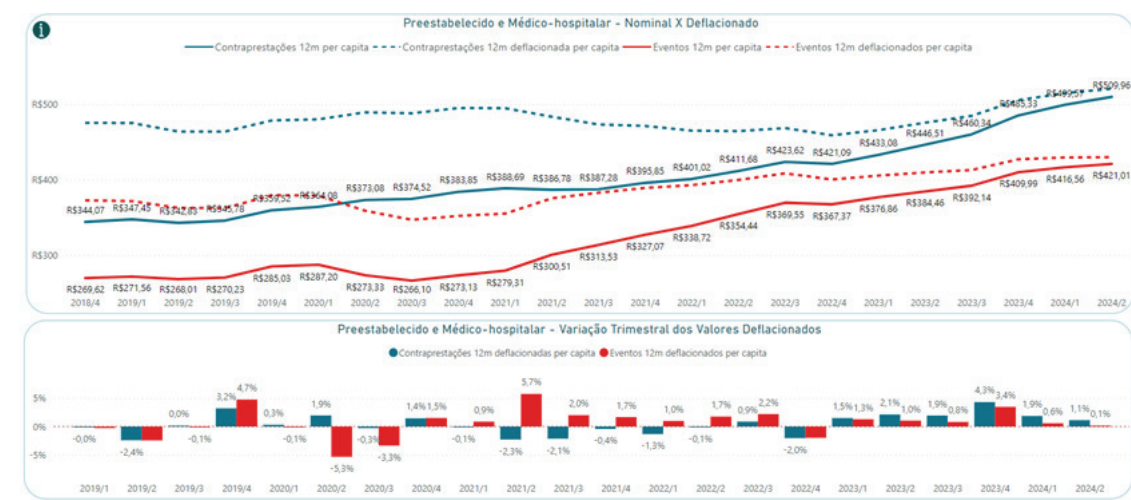
As informações de Sinistralidade e Variação de Despesas são corroboradas pelo Painel Econômico-Financeiro da DIOPE – Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras, no qual podemos verificar ainda que a Autogestão é a única modalidade com planos de cobertura médico hospitalares em que a taxa de crescimento real da despesa por beneficiário é maior do que a receita de planos por beneficiário atualmente. Senão, vejamos:

■ FIGURA 39 – CONTRAPRESTAÇÃO E EVENTOS PER CAPITA POR MODALIDADE DE PAGAMENTO - AUTOGESTÕES



Fonte: Painel Econômico-Financeiro DIOPE

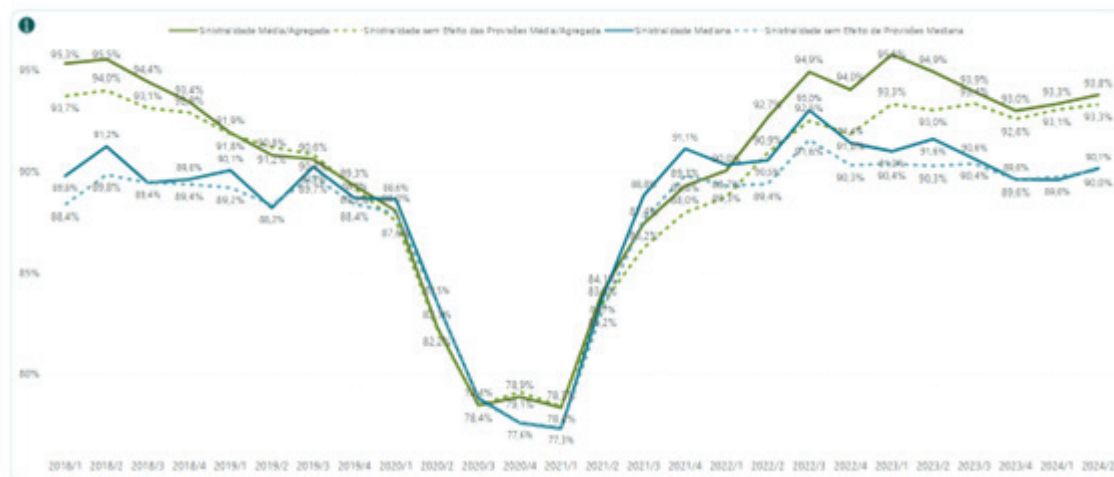
■ FIGURA 40 – CONTRAPRESTAÇÃO E EVENTOS PER CAPITA POR MODALIDADE DE PAGAMENTO – DEMAIS MODALIDADES



Fonte: Painel Econômico-Financeiro DIOPE

Mesmo sendo maior tíquete médio, em 2024, os números das autogestões não estão seguindo o que está ocorrendo nas demais, de acordo com os números agregados. Em compensação, parece que mesmo para eles está se retornando ao patamar anterior a pandemia, como se pode verificar na figura abaixo.

FIGURA 41 – SINISTRALIDADE COM E SEM EFEITO DAS PROVISÕES TÉCNICAS - AUTOGESTÕES



Fonte: Painel Econômico-Financeiro DIOPE

2.2.2.1 QUANTO AO MONITORAMENTO ECONÔMICO-FINANCEIRO

A regulação econômico-financeira do mercado de saúde suplementar possui como objetivo precípua a indução da gestão prudente dos recursos financeiros administrados pelas Operadoras de Planos de Saúde (Operadoras), visando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do ente regulado e a continuidade da prestação de assistência à saúde com a qual se comprometeram junto aos seus beneficiários. O risco a ser mitigado pela regulação econômico-financeira é, portanto, o risco de insolvência das Operadoras, na medida em que tem consequências perversas para os seus beneficiários.

O acompanhamento econômico-financeiro realizado pela ANS consiste num conjunto de ações e procedimentos de supervisão ao cumprimento dos requisitos de solvência do setor e sua situação econômico-financeira.

As medidas que podem ser adotadas quando detectadas desconformidades em operadoras no processo de acompanhamento variam de acordo com o tipo de desvio e do nível da gravidade, intensidade e urgência em termos de exposição dos beneficiários. Dependendo do grau de desconformidade/desenquadramento/anormalidade a operadora passa a ser tratada em outro ambiente de acompanhamento.

De acordo com sua situação econômico-financeira ou administrativa, as empresas podem sofrer procedimentos de: (i) monitoramento, (ii) acompanhamento ordinário, (iii) acompanhamento especial e assinatura de planos de adequação econômico-financeira ou de termo de assunção de obrigações econômico-financeiras e (iv) regimes de direção fiscal.

A operadora passará de um procedimento para outro, sucessivamente ou não, conforme ordem crescente de risco apresentada. Caso corrija as deficiências apresentadas ou opte por sair do mercado, ela poderá podendo sair do acompanhamento e/ou regime especial.

Caso não haja possibilidade de continuar operando, por anormalidades administrativas ou econômico-financeiras graves, será decretada em caráter irreversível a Liquidação Extrajudicial, com a dissolução compulsória da operadora.

Das 143 autogestões ativas com autorização de funcionamento, o Cadastro de Operadoras – CADOP, nos informa que:

■ TABELA 5 – AUTOGESTÕES POR SEGMENTAÇÃO

SEGMENTAÇÃO	QUANTIDADE
Autogestão por RH	26
Autogestão sem mantenedor	110
Autogestão com mantenedor	7
TOTAL	143

Importa mencionar que desde o marco regulatório estabelecido pela Lei n.º 9.656/98, 470 autogestões foram canceladas seja a pedido, seja pelo descumprimento de exigências regulatórias. No entanto, apenas 29 operadoras nessa modalidade passaram por regimes especiais.

■ TABELA 6 – ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES – MOTIVO POR SITUAÇÃO ATUAL E QUANTIDADE DE OPERADORAS

SITUAÇÃO ATUAL	OPERADORAS
Saíram da direção fiscal pelo saneamento das anormalidades	17
Liquidadas Extrajudicialmente	4
Registro cancelado	5
Programa de Saneamento	2
Determinação de Alienação de Carteira	1

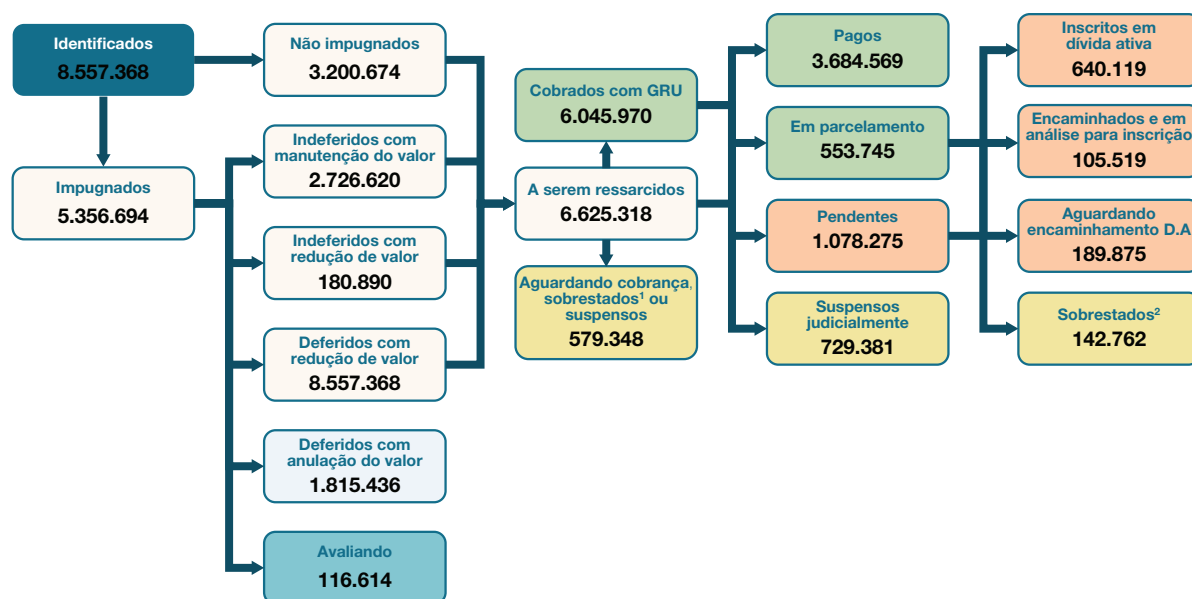
2.2.2.2 QUANTO À UTILIZAÇÃO DO SUS

De acordo com o artigo 32 da Lei 9.656/98, o ressarcimento ao SUS é devido em razão dos atendimentos realizados na rede pública de saúde pelos beneficiários das operadoras, desde que esses serviços estejam também previstos nos contratos.

O ressarcimento ao SUS é um importante instrumento regulatório e compreende as atividades de controle do mercado setorial e de proteção dos consumidores de planos de saúde, impedindo a prática de condutas abusivas das operadoras ao zelar pelo fiel cumprimento dos seus contratos.

Desde que o processamento do ressarcimento passou a ser realizado pela ANS, foram notificados mais de 8 milhões de atendimentos, totalizando mais de R\$ 14 bilhões em valores identificados. Entre atendimentos ocorridos no SUS de janeiro de 2017 a junho de 2022, pouco mais de 2,35 milhões de casos foram identificados, totalizando R\$ 4,09 bilhões.

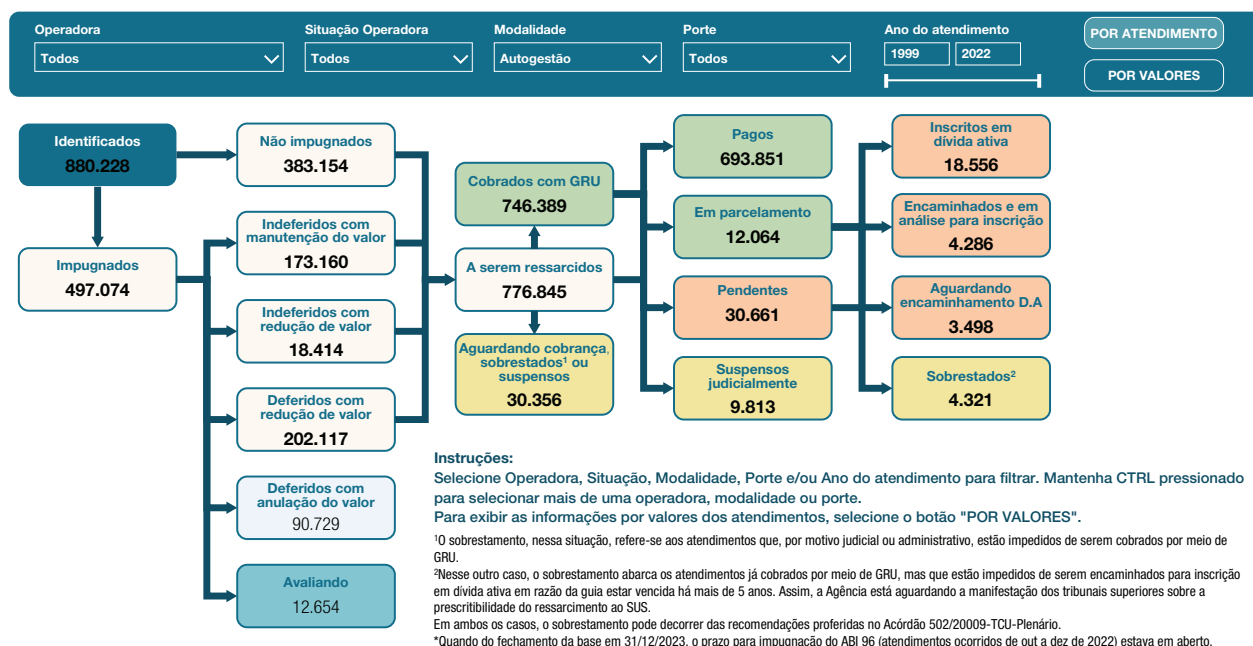
■ FIGURA 42 – SETOR GERAL – SITUAÇÃO PROCESSUAL POR ATENDIMENTOS



Fonte: Boletim Informativo – Ressarcimento ao SUS – site ANS/ junho – 2024

As autogestões respondem por 880.228 mil atendimentos identificados, cerca de 10% do total de atendimentos identificados para o setor, e quase R\$500 milhões no período de corte.

■ FIGURA 43 – AUTOGESTÕES – SITUAÇÃO PROCESSUAL POR ATENDIMENTOS



Fonte: Boletim Informativo – Ressarcimento ao SUS – site ANS/ junho – 2024

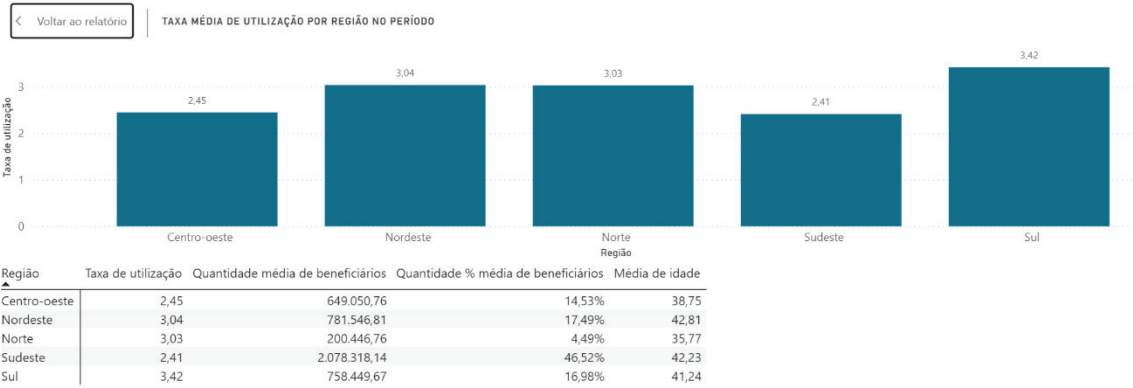
Como se pode verificar a grande maioria dos atendimentos identificados foi paga pelas autogestões, que tem percentual alto de Índice de efetivo pagamento cerca de 95%. A despeito do número alto de impugnações no ressarcimento (497.074 mil atendimentos), tem também um alto percentual de deferimentos no ressarcimento (288.139 mil atendimentos). O percentual alto se explica, principalmente, pelo desconto da coparticipação nos planos oferecidos por essas operadoras (deferidos com redução do valor).

Quando observamos a taxa média de utilização dos beneficiários² de Autogestões um pouco mais alta com índice de 2,58 enquanto em todo o setor temos 2,40. No entanto, como nessas operadoras as carteiras são mais envelhecidas a utilização é relativizada pela idade média dos seus beneficiários.

É certo que ao fazermos o recorte por idade, observa-se um aumento da demanda pelo uso do SUS à medida em que a população envelhece. Nesse sentido, observa-se que nas Autogestões a média de idade da carteira é também mais elevada que nas outras modalidades, enquanto nas autogestões temos uma média de 41,57 anos no período acumulado de 5 anos, nas demais modalidades essa média não chega aos 35 anos.

Como se pode observar na figura abaixo, os índices são especialmente altos nas regiões Sul, Norte e Nordeste, o que também pode ser influenciado pelas restrições que as autogestões possuem de compartilhar rede.

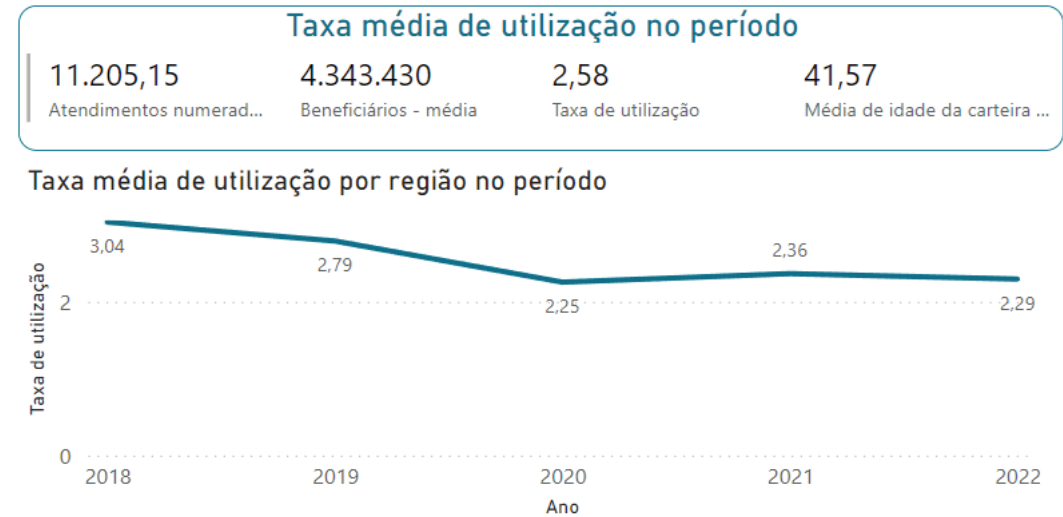
■ FIGURA 44 – AUTOGESTÕES TAXA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO POR REGIÃO NO PERÍODO



Fonte: Boletim Informativo – Ressarcimento ao SUS – site ANS/ junho – 2024

Quando olhamos a Taxa Ponderada de Utilização do Sus por beneficiários de Autogestões²¹, os dados também preocupam pela quantidade de idosos nessas carteiras.

■ FIGURA 45 – TAXA PONDERADA DE UTILIZAÇÃO AUTOGESTÕES:



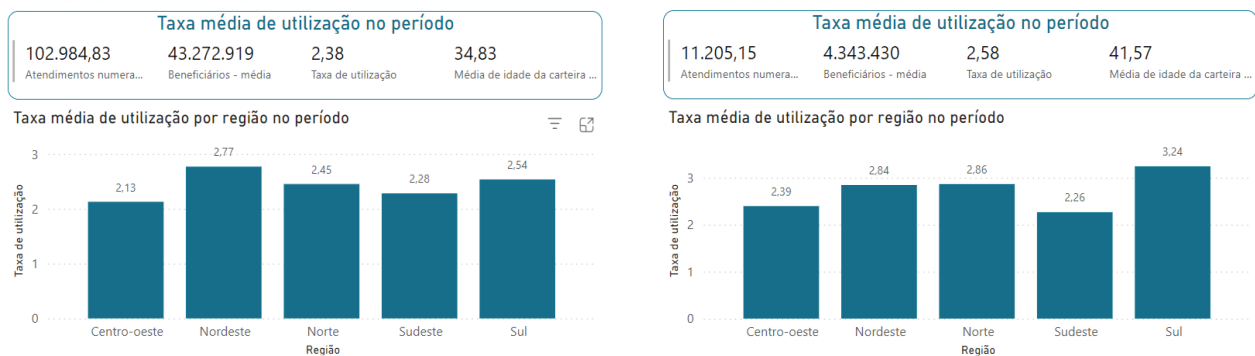
Fonte: Boletim Informativo – Ressarcimento ao SUS – site ANS/ junho – 2024

A taxa média de utilização no período de 2018 a 2022 é de 2,58 com uma média de idade da carteira de 41,57 enquanto para as demais operadoras a taxa de utilização é de 2,38 com média de idade da carteira de 34,85.

21 A taxa ponderada de utilização do SUS é o indicador que mede a quantidade de atendimentos ressarcíveis ocorridos em determinado período para cada 1000 beneficiários que a operadora ou grupo de operadoras possuíam em suas carteiras naquele intervalo de tempo – Painel Panorama Ressarcimento ao SUS (Link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus>)

A mesma taxa sob a perspectiva de utilização por região tem padrão bem similar ao geral, com uma maior utilização potencial por região para as autogestões.

■ FIGURA 46 – TAXA PONDERADA DE UTILIZAÇÃO – DEMAIS OPERADORAS X AUTOGESTÕES



Fonte: Boletim Informativo – Ressarcimento ao SUS – site ANS/ junho – 2024

2.2.2.3 QUANTO À QUALIDADE - IDSS

O IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar) é um indicador desenvolvido pela Agência para avaliação anual do desempenho das operadoras de planos de saúde brasileiras.

A avaliação das operadoras é feita a partir de quatro dimensões, que buscam avaliar a qualidade da operação das empresas, que comercializam planos de saúde, em aspectos relacionados à atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade e gestão.

A definição resumida de cada uma das dimensões está disponibilizada na página do PQO no sítio eletrônico da ANS, conforme abaixo:

- Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde - IDQS: avaliação do conjunto de ações em saúde, que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada;
- Dimensão Garantia de Acesso – IDGA: condições relacionadas à rede assistencial da operadora, que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores;
- Dimensão Sustentabilidade no Mercado - IDSM: monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando o equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores;
- Dimensão Gestão de Processos e Regulação - IDGR: afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS²².

Para avaliar e dar notas a cada um dos atributos, a ANS recorre a cruzamento de informações enviadas periodicamente pelas operadoras, mediante sistemas de envio eletrônico de dados à agência regulatória, e bases de dados nacionais (ex: CNES).

O IDSS do setor pode ser representado no painel abaixo:

22 RELATÓRIO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2023 | ANO-BASE 2022 (link: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/Programa_de_Qualificao_de_Operadoras_2023_ajuste.pdf)

FIGURA 47 – IDSS DO SETOR – DEMAIS OPERADORAS X AUTOGESTÕES

Demais operadoras



Autogestões



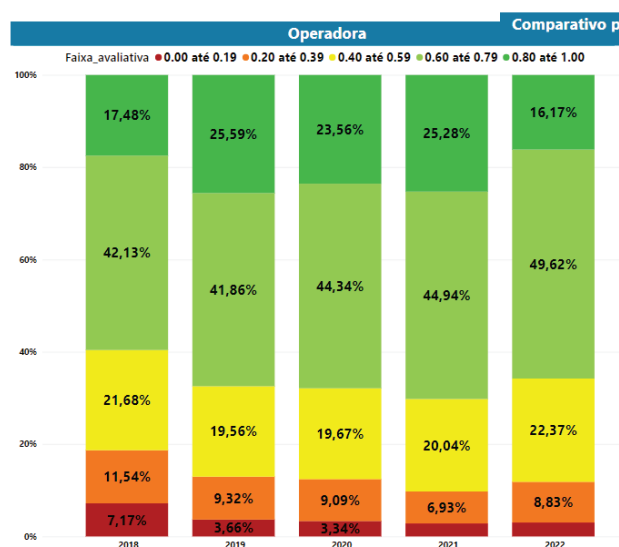
Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

Como podemos observar os resultados das autogestões são bem próximos das operadoras em geral, mesmo considerando as diferenças por porte. Além disso, elas vêm melhorando durante os anos suas notas por indicador.

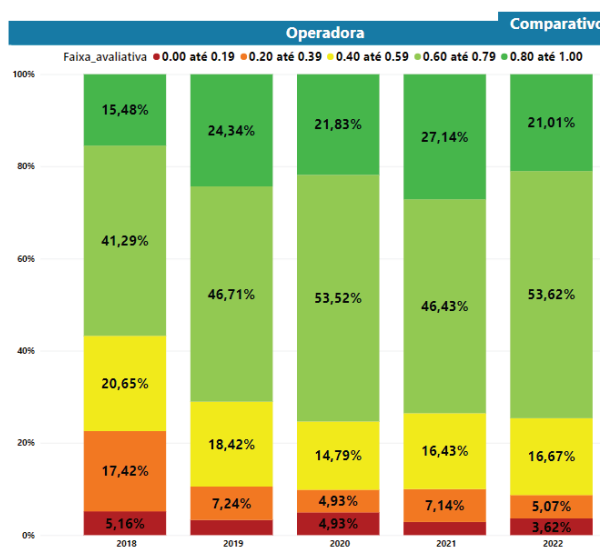
Ademais, 75% das autogestões estão em faixas de avaliação do IDSS consideradas muito boas ou boas (notas acima de 0,6), conforme quadro abaixo:

FIGURA 48 – COMPARATIVO POR FAIXA DE AVALIAÇÃO

Operadoras médico-hospitalares



Autogestões



Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

De modo a verificar o impacto do envelhecimento das carteiras e a qualidade dos produtos oferecidos, focaremos nos seguintes indicadores:

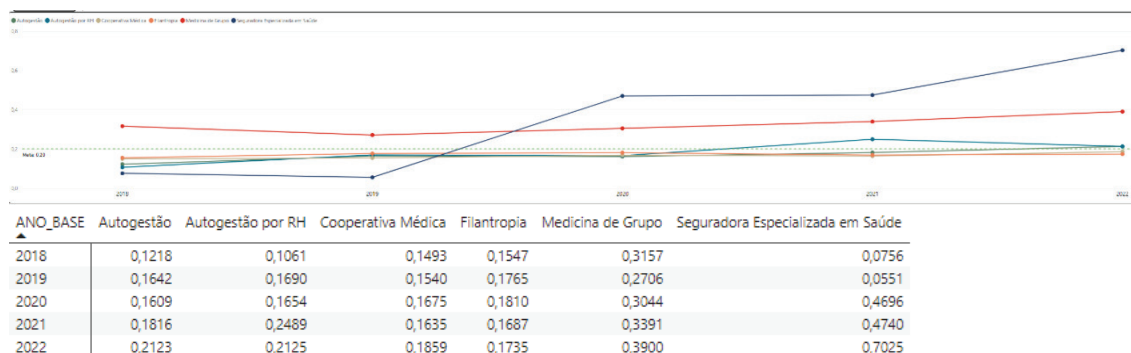
- **Cuidado Integral do Idoso:** razão de consultas ambulatoriais com generalistas pelo número de consultas ambulatoriais com especialistas para beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

Na ficha técnica do indicador²³ temos que:

Quando a razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista/ especialista para idosos for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo (STARFIELD, 2002).

Além disso, um número reduzido de consultas com generalista em relação às consultas com especialistas pode levar a um aumento nas internações sensíveis ao cuidado na atenção primária. Vários estudos apontam para o fato de que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolatividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE ME et al., 2009)

FIGURA 49 – RAZÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS COM GENERALISTA POR ESPECIALISTAS



Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

Como se pode observar nesse indicador as autogestões e autogestões por Rh tem baixa pontuação apesar do enquadramento na meta (resultado igual ou superior a 0,20), enquanto as modalidades melhores pontuadas são as seguradoras e medicina de grupo.

- **Renal Crônico:** é um indicador que mede o número médio de sessões de hemodiálise crônica realizadas por beneficiários de planos que incluem a segmentação ambulatorial.

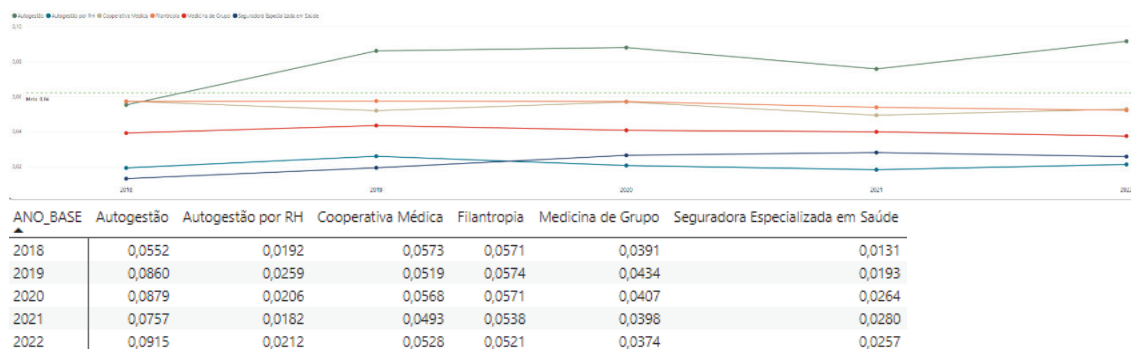
“Este indicador estima, a partir da prevalência nacional de pacientes em tratamento dialítico que fazem tratamento por hemodiálise convencional de fonte pagadora não SUS, o número de sessões de hemodiálise crônica necessárias (esperadas), tendo em conta o número médio de beneficiários da operadora em planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado. Um valor baixo para o indicador pode sugerir situações de dificuldade de acesso às unidades de diálise, pela demora na marcação das sessões de hemodiálise crônica convencional ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde. Espera-se que operadoras com baixa produção de sessões de hemodiálise tenham alta utilização do SUS. Ademais, operadoras com produção suficiente de hemodiálise, e com alta utilização do SUS, possivelmente apresentam insuficiência de rede para tratamento dialítico”²⁴.

Como se pode observar na figura abaixo, as autogestões são a modalidade melhor pontuada nesse indicador, que aliás, vem crescendo anualmente (exceto em 2021, ano pandêmico).

²³ Ver no link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/1.9RazodeConsultasMedicasAmbulatoriaiscomGeneralista.pdf>

²⁴ INDICADORES DA DIMENSÃO GARANTIA DE ACESSO – IDGA -Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica (PESO 1) <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/2.1TaxadeSessoesdeHemodiliseCronicaporBeneficiario.pdf>

FIGURA 50 – RENAL CRÔNICO – AUTOGESTÕES



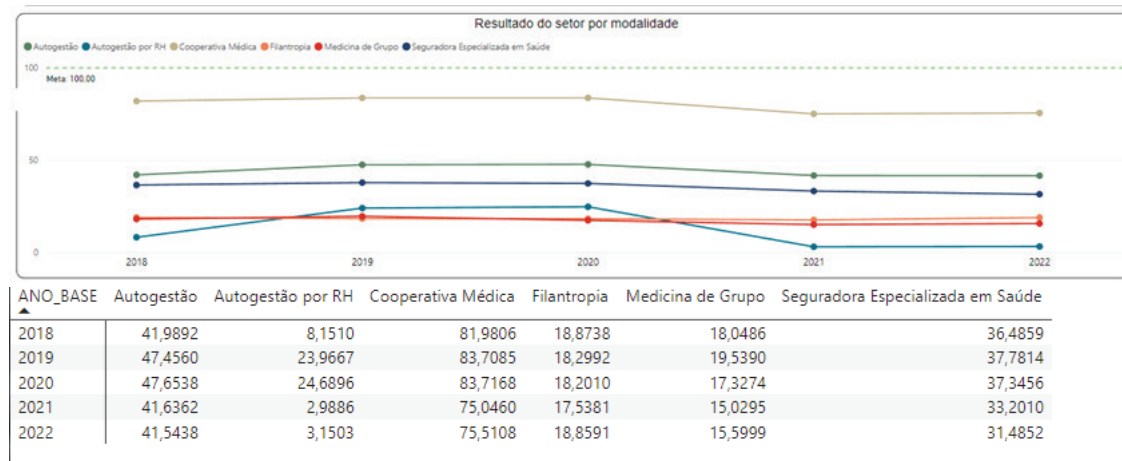
Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

Acesso a Urgência e Emergência 24 Horas: O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede da operadora.

A Dispersão de Serviços de Urgência e Emergência 24 Horas representa a proporção de municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na rede assistencial da operadora, em relação aos municípios listados na área de atuação dos produtos que apresentam previsão de cobertura de serviços de urgência e emergência 24 horas²⁵.

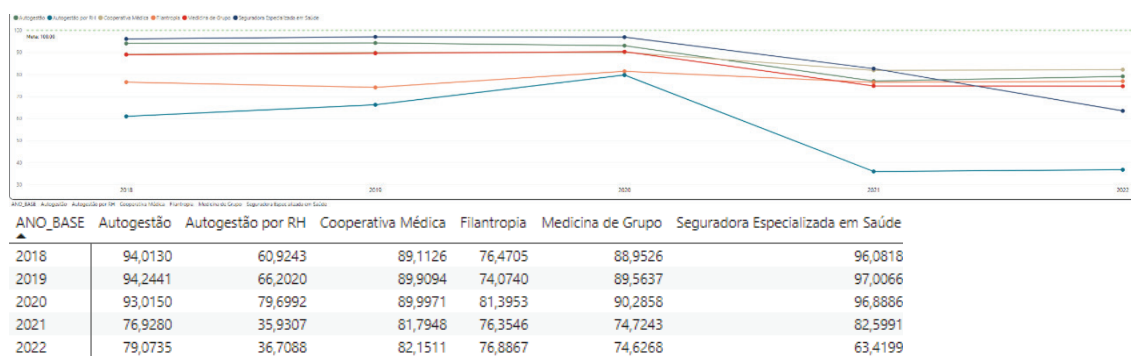
A Utilização de Prestadores de Urgência/Emergência 24 Horas que compõem a Rede da Operadora representa a proporção de estabelecimentos de urgência/emergência cadastrados na rede assistencial dos planos na área de atuação dos produtos, dentre aqueles estabelecimentos de urgência/emergência 24 Horas na área de atuação dos produtos que foram efetivamente utilizados pelos beneficiários da operadora.

FIGURA 51 - ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - DISPERSÃO



Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

FIGURA 52 – ACESSO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - UTILIZAÇÃO



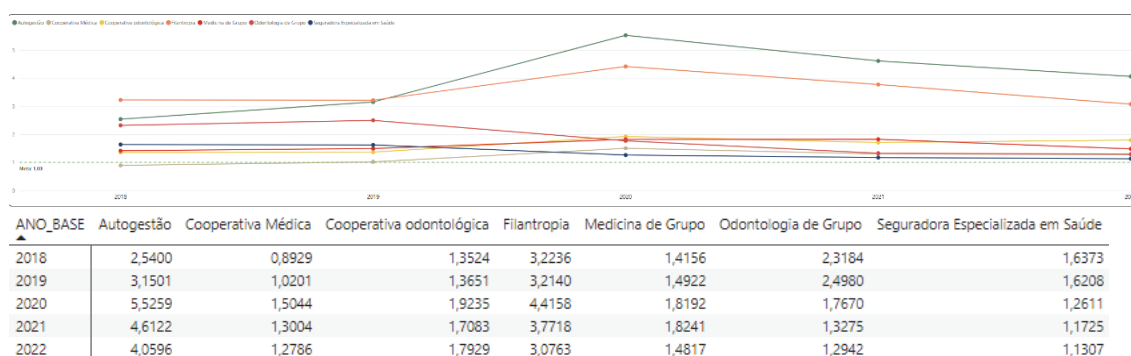
Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

Nesse indicador composto, as autogestões são melhor pontuadas tanto na utilização quanto na dispersão, ficando com pontuação similar às primeiras colocadas, as cooperativas médicas. No entanto, as autogestões por RH têm pontuação baixa. Índices mais baixos nesse indicador podem sugerir uma menor organização de sua rede seja pela pequena distribuição de prestadores em algumas regiões, seja pela necessidade de reembolso direto em procedimentos realizados em determinados municípios.

Verificamos ainda o seguinte indicador da dimensão Sustentabilidade do Mercado:

- Índice de Capital Regulatório ou Solidez do seu plano:** Razão entre o Patrimônio Líquido Ajustado e o Capital Regulatório exigido. Ressalvando que caso a operadora seja uma autogestão por RH ou com mantenedor, este indicador não é avaliado. Esse fato decorre da previsão do art. 5º da RN nº137, de 2006: Art. 5º A entidade de autogestão deverá garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde da seguinte forma: I — por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela Programa de Qualificação de Operadoras ano-base 2022 regulamentação 63 em vigor; ou II — por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.”

FIGURA 53 – ÍNDICE DE CAPITAL REGULATÓRIO - AUTOGESTÕES



Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

Apesar de uma leve queda observada desde 2020, as autogestões também são a modalidade melhor pontuada com relação à solidez do plano, no IDSS. Tais índices derivam do montante de patrimônio acumulado nessas operadoras, que vem absorvendo os prejuízos observados desde a pandemia.

A despeito dos resultados positivos no IDSS quanto aos índices destacados acima, cabe pontuar que as modalidades, que continuam apresentando um melhor IDSS, isto é, IDSS classificado na faixa avaliativa 1 (IDSS \geq 0,8), continuam sendo as Seguradoras especializadas em Saúde e as Cooperativas Médicas. As Seguradoras apresentaram um IDSS de 0,8420 no ano-base 2022, ligeiramente menor que o IDSS de 2021 (0,8986), enquanto as cooperativas médicas, apesar da queda no seu IDSS de 0,8582 em

2021, para 0,8033, em 2022, ainda continuam classificadas na faixa 1, liderando dentre todas as modalidades²⁶.

Outro indicador relevante trata da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes (PROMOPREV). Poucas operadoras na modalidade de autogestões participam dos programas como se demonstra abaixo:

FIGURA 54 – QUANTIDADE DE OPERADORAS PONTUADAS PELA OFERTA DE PROGRAMAS DE PROMOPREV POR ANO BASE



Fonte: Painel Dinâmico IDSS ANS – Set/2024

Como podemos observar são poucas operadoras pontuadas dentre as autogestões, o que pode demonstrar um baixo índice de adesão aos programas para promoção da saúde de seus beneficiários.

Em linhas gerais vemos que as autogestões são bem avaliadas nos programas da ANS apresentando índices compatíveis com o mercado em geral, quando não melhor avaliadas.

2.2.2.4 QUANTO À FISCALIZAÇÃO

De acordo com o artigo 4º da RN n.º 483, de 2022, à ANS, compete, de ofício ou mediante provocação, cientificada do suposto cometimento de infração a dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, instaurar:

- I. Procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar – NIP: instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde - operadoras, inclusive as administradoras de benefícios, podendo ser classificada em NIP Assistencial (cobertura assistencial) ou NIP não assistencial (demais temas), ou
- II. Procedimento administrativo preparatório, prévio à fase processual sancionatória: tudo que não se enquadrar no procedimento NIP e contenha indícios suficientes de violação da lei ou ato ilegal;

O Índice Geral de Reclamações (IGR) é uma métrica calculada pela ANS com base nas reclamações registradas por consumidores e que foram processadas via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). O IGR é apresentado como a média mensal de reclamações para cada 100.000 beneficiários.

Na figura abaixo podemos ver todas as modalidades de operadoras médico hospitalares de grande porte, exceto as Autogestões.

²⁶ Relatório IDSS Ano base 2022 – link: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/copy_of_Programa_de_Qualificao_de_Operadoras_2023_ajuste.pdf

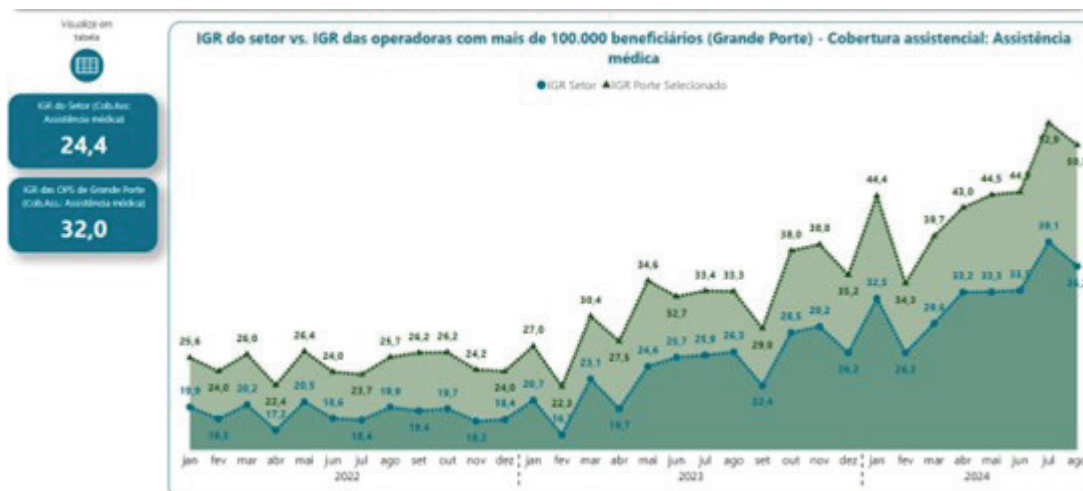
■ FIGURA 55 – IGR DAS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES DE GRANDE PORTE – EXCETO AUTOGESTÃO.



Fonte: Dashboard IGR - DIFIS

O IGR do setor médico-hospitalar tirando as autogestões é de 52,1. Enquanto nas autogestões, mesmo considerando apenas as operadoras de grande porte, o índice cai para menos que a metade desse valor, como vemos na figura abaixo:

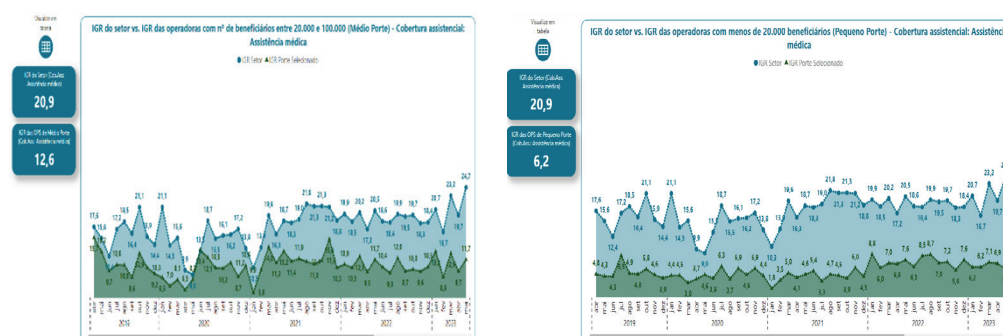
■ FIGURA 56 – IGR DAS AUTOGESTÕES DE GRANDE PORTE



Fonte: Dashboard IGR - DIFIS

Se considerarmos as autogestões de médio e pequeno porte, o IGR é de 12,5 e 6,2, respectivamente, o que demonstra um desempenho ainda melhor se comparadas às demais operadoras do setor no mesmo porte. Vejamos nas figuras abaixo:

■ FIGURA 57 – IGR DAS AUTOGESTÕES DE MÉDIO E PEQUENO PORTE

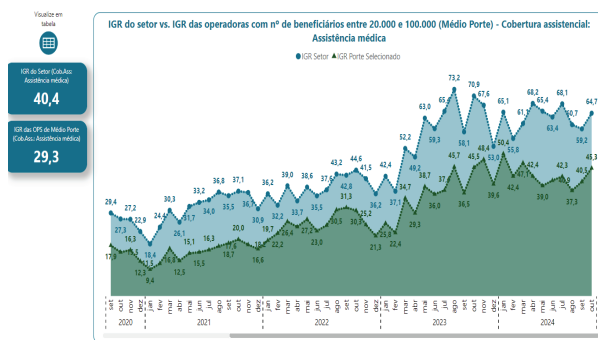


Fonte: Dashboard IGR - DIFIS

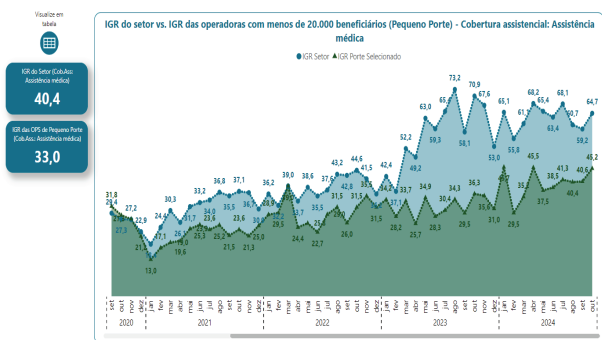
Enquanto as demais operadoras médico-hospitalares de médio e pequeno porte tem índices de 29,3 e 33, respectivamente.

■ FIGURA 58 – IGR DAS DEMAIS OPERADORAS DE MÉDIO E PEQUENO PORTE – EXCETO AUTOGESTÃO

Operadoras médico-hospitalares (médio porte)



Operadoras médico-hospitalares (pequeno porte)



Como assevera Freire (2018), o monitoramento do mercado realizado pela ANS através da NIP é uma função das mais importantes decorrentes deste instrumento regulatório, a fim de se reduzir a assimetria de informação no setor. Compreender como o mercado está funcionando, à luz das informações direcionadas à ANS pelos consumidores, é um subsídio importantíssimo para que a Agência reguladora conheça o comportamento do mercado e das operadoras individualmente, inclusive para avaliar e determinar ações visando correção de conduta, que podem ser sistêmicas, quando, por exemplo, os dados das reclamações são utilizados para a construção de novas normas, ou focais, quando são utilizados para instauração de procedimentos que visem alterar a forma como uma empresa está se posicionando no atendimento de seus consumidores.

Quando a questão não é resolvida no âmbito da NIP, o processo segue o seu curso tendo abertura de processo administrativo sancionador, e ainda não sendo solucionada a questão haverá a aplicação de multa à operadora.

Desde 2006 até os dias atuais foram aplicadas 6.430 multas a Autogestões, totalizando o montante de R\$ 547.840.427,00.

■ TABELA 7 – MULTAS APLICADAS POR TIPO DE PROCESSO – AUTOGESTÕES (JAN/2006 A AGO/2024)

TIPO PROCESSO	QTD.	VALOR DE MULTA APLICADA EM 1ª INSTÂNCIA
Consumidor	5.311	475.052.384,00
Institucional	114	13.823.566,00
Olho Vivo	22	3.247.001,00
Representação	983	55.717.476,00
TOTAL	6.430	547.840.427,00

■ **TABELA 8 – MULTAS APLICADAS POR TIPO DE PROCESSO - DEMAIS MODALIDADES (JAN/2006 A AGO/2024)**

TIPO PROCESSO	QTD.	VALOR DE MULTA APLICADA EM 1ª INSTÂNCIA
Consumidor	91.805	7.082.150.602,00
Institucional	1609	231.872.178,00
Olho Vivo	268	110.274.213,00
Representação	7775	467.308.702,00
TOTAL	101.457	7.891.605.695,00

Fonte: SIF Consulta e PDA de penalidades – Nov/2024

2.2.2.5 SÍNTESE DOS DADOS APRESENTADOS

Sintetizando as informações acima, temos que as Autogestões têm maiores média de consultas médicas por beneficiário ficando acima da média geral do setor. Esse mesmo padrão de utilização é observado nos demais grupos de procedimentos do Mapa, onde a média de atendimentos por beneficiário nas autogestões fica acima da média do setor e da média observada nas demais modalidades de operadoras, o que leva a crer que são aplicados menos mecanismos de regulação de acesso dos beneficiários aos serviços de saúde nas autogestões do que nas demais modalidades. Para os atendimentos nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, observa-se que os beneficiários das autogestões realizam mais consultas/sessões ao ano do que os beneficiários das demais modalidades, ou seja, tem mais acesso, menos mecanismos de regulação para realização das sessões. As Autogestões também têm maior volume de internações, com 42% a mais nas cirúrgicas e 33% a mais nas internações clínicas se comparadas às demais modalidades de operadoras.

Quanto ao Monitoramento da Garantia de Atendimento, temos que somente uma autogestão foi classificada como risco grave nos últimos cinco trimestres processados pela ANS, o bom desempenho também se observa no Mapeamento do Risco Assistencial em que as Autogestões de grande porte historicamente se classificam na Faixa 1 (baixo risco). O desempenho pior, como esperado, ocorre nas autogestões de pequeno porte, que apresentam maior índice de não envio/envio intempestivo de dados aos sistemas da ANS, o que resulta na classificação destas OPS na Faixa Indeterminada (risco desconhecido, considerado grave). Nas dimensões atuarial e assistencial pode ser observado um melhor desempenho das autogestões vis-à-vis as medicinas de grupo e ao próprio setor como um todo, sobretudo, na dimensão assistencial do programa.

No mesmo sentido, encontra-se o resultado do IDSS dessas operadoras que são bem próximos das operadoras em geral, mesmo considerando as diferenças por porte. Elas também vêm melhorando durante os anos suas notas por indicador. Cerca de 75% das autogestões estão em faixas de avaliação do IDSS consideradas muito boas ou boas (notas acima de 0,6).

Além disso, em termos de precificação e reajustes, as Autogestões têm valor comercial médio mais baixo que as demais operadoras, sobretudo nas faixas etárias mais altas. Chama atenção que em todas as faixas etárias as autogestões são mais baratas. Também chama atenção que se observamos o número de vidas por agrupamento de contratos das Autogestões temos que 83,1% dos contratos têm 5.000 vidas ou mais o que permite uma diluição maior dos valores de reajustes, visto que quanto maior o volume de beneficiários em determinado grupo, maior será a diluição do risco de sinistralidade, tornando o preço do plano acessível a cada indivíduo dentro do grupo.

Em termos de ressarcimento ao SUS, as autogestões respondem por 10% do total de atendimentos identificados para o setor, e quase R\$500 milhões no período de corte, mas a grande maioria dos atendimentos foi paga tempestivamente, sendo alto o Índice de efetivo pagamento cerca de 95%. Nessa modalidade de operadora, a taxa médica de utilização do SUS por beneficiários é um pouco mais alta com índice de 2,58 enquanto em todo o setor temos 2,40. No entanto, como nessas operadoras as carteiras são mais envelhecidas a utilização é relativizada pela idade média dos seus beneficiários.

Relativamente à atividade fiscalizatória da Ans, o IGR do setor médico-hospitalar tirando as autogestões é de 52,1. Enquanto nas autogestões, mesmo considerando apenas as operadoras de grande porte, o índice cai para menos que a metade desse valor, 24,4. No que diz respeito ao percentual de multas aplicadas de 2006 aos dias atuais, foram aplicadas 6.430 multas a Autogestões (menos de 10% das multas aplicadas para o restante do setor, que chega à 101.457 multas), totalizando o montante de R\$ 547.840.427,00.

No entanto, em termos econômico-financeiros os dados não favorecem o setor demonstrando que Autogestão é a única modalidade com planos de cobertura médico hospitalares em que a taxa de crescimento real da despesa por beneficiário é maior do que a receita de planos por beneficiário atualmente, trazendo perigo para sustentabilidade desse tipo de operadora.

Passados 18 anos da edição do normativo, vimos através da Avaliação de Resultado Regulatório que a norma atual não contempla as alterações porque passou o setor, carecendo de ajustes. De forma a subsidiar a decisão da Diretoria Colegiada da ANS sobre os melhores rumos para eventuais ajustes normativos, passaremos a Análise de Impacto Regulatório sobre o tema.

2.2 Identificação do problema

A Resolução Normativa n.º 137, de 2006 conceituou as Autogestões, modalidade de operadora que deveria possuir requisitos mínimos para sua atuação, dentre os quais destacam-se i) o grupo fechado de pessoas, ii) finalidade não lucrativa, iii) gestão participativa de beneficiários, iv) correlação de atividade entre patrocinador e vinculados e v) regras diferenciadas de compartilhamento de rede.

As autogestões possuem, portanto, características próprias: não possuem finalidade lucrativa, destinam-se a um público fechado e específico e seus participantes (exceção feita as autogestões de departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado) participam de sua administração, integrando os seus órgãos colegiados de administração superior. Além disso, ela só pode contratar de forma direta sua rede credenciada, sendo vedada a terceirização, que só pode ocorrer fora do município sede da operadora.

As normas vigentes sobre esse tipo de modalidade tentaram trazer maior clareza e transparência ao setor já que à época, esse tipo de operadora gozava de maiores benefícios no contexto regulatório, notadamente quanto à regulação prudencial. Foram trazidos critérios claros para as regras de patrocínio e para aqueles que poderiam ser enquadrados como mantenedores, além de definir as obrigações regulatórias atinentes a essas figuras.

No entanto, os dados científicos que suportaram a regulação ao longo dos anos mudaram, tornando as restrições impostas pelo normativo onerosas para essa modalidade, levando inclusive à descontinuidade de muitas dessas operadoras que acabaram saindo do mercado.

A discussão ganha contorno mais críticos diante do fenômeno do envelhecimento populacional, demandante de políticas assistências mais específicas e de desafios ainda maiores na manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial do setor (Matos, 2019 ob. cit. p. 40).

Por outro lado, a análise dos dados assistenciais pelo presente relatório de AIR demonstrou que as autogestões continuam tendo bons parâmetros em termos de assistência, precificação, reajuste,

ressarcimento ao SUS, classificação no IDSS e fiscalização. Com maiores números de consultas, exames e internações, planos mais baratos, índice de reclamação mais baixo que as demais operadoras, principalmente se compararmos as autogestões de pequeno porte, além de poucas multas aplicadas ao longo dos anos. Elas também apresentam Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) regular muito próximo do mercado, com pouquíssimas operadoras na modalidade mal classificadas.

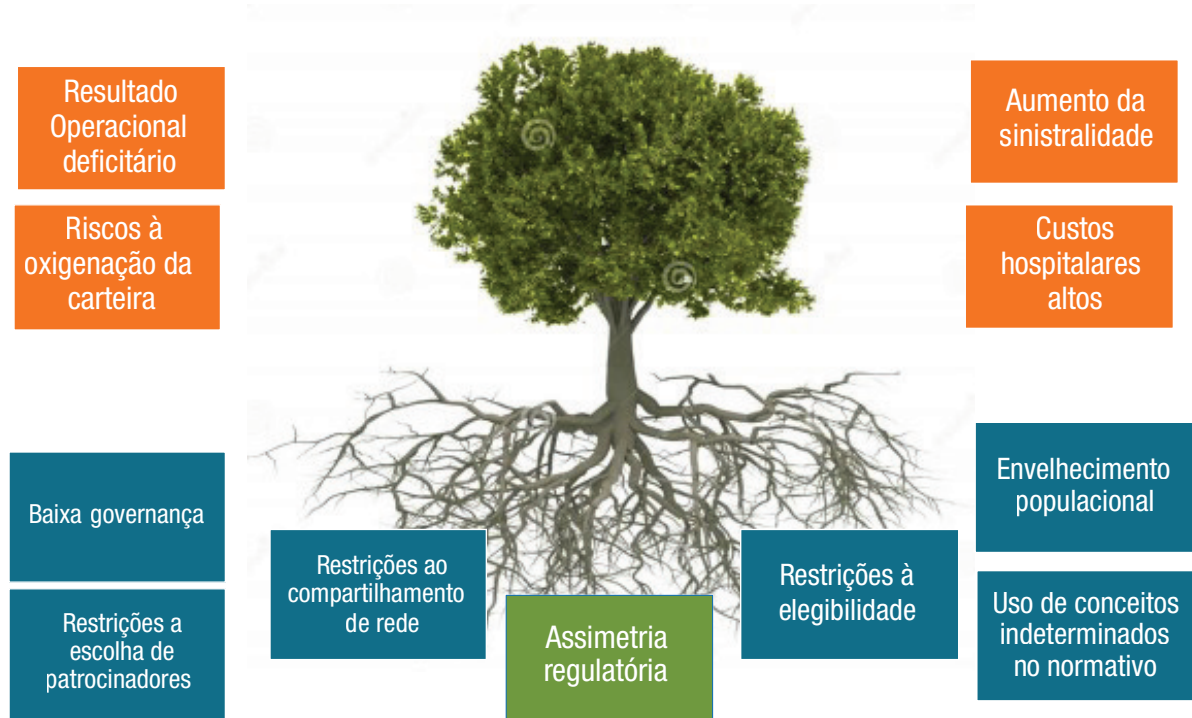
Como no passado se pensou que essas operadoras poderiam ser norteadoras da regulamentação, fornecendo informações e parâmetros orientadores²⁷, principalmente pela qualidade do serviço prestado aos seus beneficiários, podemos concluir que sua atuação mais atenta aos seus associados se manteve sendo hoje função da Ans garantir caminhos para sua sustentabilidade.

Com o passar dos anos desde a edição do normativo que consolidou as regras para as Autogestões, foi possível concluir através da Análise de Resultado Regulatório, que as regras impostas pela ANS se tornaram restritivas para atuação dessas operadoras, não coadunando com o ambiente regulatório atual.

Desse modo, identifica-se o seguinte problema regulatório: o modelo de Autogestões possui alto **custo regulatório**, podendo levar à **insustentabilidade econômico-financeira e descontinuidade de suas operações**.

Como se demonstrará através o método de Árvore de Problemas, representada na figura 1:

■ FIGURA 59 – ÁRVORE DE PROBLEMAS



Fonte: o autor (2024)

As principais causas do problema regulatório estão relacionadas à assimetria regulatória, ou seja, a ANS estabelece critérios e condições mais restritivos a serem observados por essa modalidade em relação às demais modalidades de operadoras para que possam receber autorização de funcionamento e atuar regularmente no mercado de Saúde Suplementar.

Assim sendo, foram identificadas como principais causas do problema regulatório:

- **Grupo fechado de beneficiários:** As operadoras de autogestão são limitadas na possibilidade de atuação e de ampliação do número de vidas. Suas populações são restritas ao ramo de atividade da patrocinadora fundadora ou à categoria profissional de seus beneficiários. As características da força de trabalho e a natureza das atividades da patrocinadora podem influenciar o perfil sociodemográfico da população assistida, com implicações no padrão de adoecimento e de uso dos serviços de saúde.
- **Envelhecimento Populacional:** por estarem vinculadas a uma população fechada tendem a ser mais afetadas pelo processo de envelhecimento da população brasileira e pelas políticas de recursos humanos que reduzem o efeito da rotatividade dos beneficiários entre os planos.

Destaca-se, ainda que, via de regra, as autogestões continuam a oferecer assistência aos seus beneficiários quando eles se aposentam, característica observada especialmente nas autogestões ligadas ao setor público, inclusive nas empresas de economia mista.

A principal consequência da combinação de uma população que não cresce, que se renova lentamente (poucos ingressos nas primeiras faixas etárias) e que preserva (mantém) seus aposentados é o aumento da idade média, o envelhecimento da população. Dessa forma, além de contar com um maior número de operadoras de pequeno porte, as autogestões apresentam populações mais envelhecidas do que a média do setor suplementar.

Já em 2001 as autogestões apresentavam uma maior proporção de beneficiários com mais de 60 anos quando comparada às demais operadoras médico hospitalares. Destacou-se na ARR, contudo, que ao longo desses 20 anos, a situação se acentuou. Isso porque, apesar de ao longo da série histórica ter havido um aumento do número de beneficiários idosos como um todo, observa-se um crescimento mais acelerado na modalidade autogestão. Isso fica claro na pirâmide etária de 2023, em que a população acima de 50 anos é consideravelmente maior do que o observado nas demais operadoras médico hospitalares.

Uma maior proporção de idosos na carteira apresenta um potencial para o aumento dos gastos em função das especificidades do próprio processo de envelhecimento, que apresenta características de morbimortalidade distintas dos demais grupos etários da população, em função da maior prevalência de doenças crônicas que demandem acompanhamento de longa duração por profissionais da área de saúde. Neste cenário, a manutenção do mutualismo ao longo do tempo (no qual todos pagam para que alguns utilizem) pode tornar-se muito custoso ao próprio grupo de beneficiários e patrocinadores ou até, eventualmente, inviáveis em termos econômicos.

Com o envelhecimento, aumenta também o número de tratamentos (principalmente internações hospitalares) e utilização de tecnologias mais onerosas, uma combinação que pressiona de forma significativa os custos assistenciais.²⁸

- **Empresas de médio e pequeno porte²⁹:** Identificou-se ainda que a maior proporção de empresas de pequeno porte e nas categorias S3 e S4 seja, em parte, outro resultado do fato de que as autogestões são limitadas na possibilidade de atuação e de ampliação do número de vidas. Suas populações são restritas ao ramo de atividade da patrocinadora fundadora ou à categoria profissional de seus beneficiários.
- **Vinculação entre Patrocinador e beneficiários:** As características da força de trabalho e a natureza das atividades da patrocinadora que precisa ser vinculada ao grupo de beneficiários podem influenciar o

28 Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R.. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista De Saúde Pública, 21(3), 200–210. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>

29 De acordo com a classificação prudencial prevista pela RN n.475/2021, que determina o risco prudencial dos players do mercado, segmenta as operadoras em quatro faixas (S1, S2, S3 e S4), em função de uma matriz multicritério que considera receitas, número de beneficiários, modalidade, número de mercados relevantes em que atuam e verticalização.

perfil sociodemográfico da população assistida, com implicações no padrão de adoecimento e de uso dos serviços de saúde.

A partir dos dados levantados no relatório de ARR, notou-se, portanto, um número cada vez menor de operadoras na modalidade, agregando cada vez menos beneficiários e em muitas operadoras de pequeno porte – especialmente se comparada com as demais modalidades.

- **Participação na gestão:** Ao determinar que o grupo de beneficiários seria restrito a norma procurou dar contorno e características que vinculassem os beneficiários de determinadas carteiras de forma que eles realmente representassem uma massa coesa de pessoas reunidas por afinidades e características comuns que se autogerissem, mas não definiu regras para participação dos beneficiários na gestão ou estrutura mínima de governança para essas entidades.

Quanto à assistência, se verifica ainda a restrição de compartilhamento de rede.

- **Compartilhamento de rede:** Para as autogestões, a administração da rede de prestadores deveria ser feita por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta de modo direto, por isso havia restrições ao oferecimento de rede fora do município sede da operadora. Essas restrições foram caindo ao longo dos anos³⁰, tendo permanecido a limitação do §2º do artigo 21 que assim determina:

As entidades de autogestão poderão oferecer cobertura em localidade diversa da área de atuação do produto aos beneficiários que estejam provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, na forma de serviço adicional devidamente registrado ou contratado, até o limite de 10% (dez por cento) do total de beneficiários de carteira. (Incluída pela RN nº 355, de 2014)

Não obstante, o §2º do artigo 3º da RN n.º 137, de 2006 se contrapondo a essa evolução, restringe o oferecimento de rede a entidades congêneres. Senão, vejamos:

Art. 3º A entidade de autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto.

§ 2º A vedação da prestação de serviços prevista no caput não se aplica ao oferecimento da rede de prestação de serviços de saúde para contratação por entidades congêneres.

Ao que parece, o que se buscava no passado era justamente garantir que as autogestões cumprissem a condição de gestora direta da saúde de seus beneficiários, entendendo que terceirizar a gestão desse benefício a operadoras comerciais poderia, em muitos casos, levar a menores investimentos em promoção e prevenção e a uma assistência menos humanizada.

No entanto, com o avanço da tecnologia e a evolução do trabalho remoto, o cenário das relações de trabalho demanda flexibilidade e ajustes das regulações vigentes. Esta modalidade de trabalho, na qual os

30 Revogações do artigo 21 da RN n.º 137, de 2006: Art. 21 A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta. §1º Excepcionalmente, e mediante prévia comunicação à ANS, poderá ser contratada rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora em regiões ou localidades com dificuldades ou carência de contratação. (Revogada pela RN nº 272, de 20/10/2011) §2º Celebrado o contrato, a entidade de autogestão deverá encaminhar à ANS, no prazo de trinta dias contado da sua assinatura, a respectiva cópia para a análise da DIPRO. (Revogada pela RN nº 272, de 20/10/2011) §3º Na hipótese de constatação de irregularidade na realização do contrato, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS. (Revogada pela RN nº 272, de 20/10/2011) §4º Transcorrido o prazo previsto no parágrafo anterior e persistindo a irregularidade, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível. (Incluído pela RN nº 148, de 2007) (Revogada pela RN nº 272, de 20/10/2011) Parágrafo único. É facultada a contratação de rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, fora do município sede da operadora ou fora dos municípios onde a operadora mantém representações regionais. (Acréscido pela RN nº 272, de 20/10/2011) Parágrafo único. É facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, fora do município sede da operadora ou fora dos municípios onde a operadora mantém representações regionais. (Acréscido pela RN nº 272, de 20/10/2011, após Retificação publicada no Diário oficial da União em 07 de Dezembro de 2011, Seção 1, página 41) §1º É facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, fora do município sede da operadora; (Redação dada pela RN nº 355, de 2014) § 2º As entidades de autogestão poderão oferecer cobertura em localidade diversa da área de atuação do produto aos beneficiários que estejam provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, na forma de serviço adicional devidamente registrado ou contratado, até o limite de 10% (dez por cento) do total de beneficiários de carteira. (Incluída pela RN nº 355, de 2014).

funcionários executam suas tarefas fora das instalações físicas dos empregadores, muitas vezes em suas próprias residências, tornou-se ainda mais proeminente durante a pandemia de covid-19 e segue sendo modalidade de trabalho em crescimento, o que impõe uma adequação do artigo 3º, nos moldes do que já vinha sendo estudado nas alterações normativas anteriores da RN n.º 137, de 2006.

Verifica-se, portanto, uma assimetria regulatória, uma vez que as demais operadoras de plano de saúde não têm qualquer restrição ao compartilhamento de rede.

Ao analisar os dados econômico-financeiros, a situação encontrada também traz preocupações quanto à sustentabilidade dessas operadoras.

- **Resultado Operacional Deficitário:** Conforme se demonstrou no ARR, pela análise dos resultados agregados desde 2007 depreende-se que as receitas financeiras têm sido rotineiramente a fonte de financiamento para as despesas das autogestões, até mais do que em outras modalidades, ou seja, se considerarmos apenas as fontes diretas de receita da operação das autogestões, no agregado, elas não foram suficientes para pagar as despesas diretas da operação de boa parte das autogestões.

A grande questão que se coloca é que todo o sistema de Saúde Suplementar brasileiro se fundamenta no mutualismo (sistema que se baseia na diluição de riscos entre um grupo de pessoas) e no denominado pacto intergeracional (sistema pelo qual os mais jovens assumem parte das despesas dos mais velhos).

Assim, uma eventual falta de oxigenação da carteira, com a entrada menor de beneficiários mais jovens pode trazer aumento relevante de custos para a Autogestão. Este aumento, a depender de sua magnitude, acabará sendo transferido para o valor das contraprestações, possivelmente expulsando do plano parte dos beneficiários - provavelmente os mais jovens, pela menor aversão ao risco que, no caso do jovem, é menor - e causando uma antisseleção do risco, agravando ainda mais o equilíbrio atuarial da carteira e ameaçando a assistência à saúde daquela população de beneficiários.

Ao observar, como vimos anteriormente, um cenário de maior envelhecimento das carteiras de planos de autogestões, a estagnação na entrada de novos beneficiários e a situação econômico-financeira dessas operadoras, se torna necessário repensar o modelo atual de forma a garantir a sustentabilidade dessa modalidade.

Sabendo-se que a ANS tem como finalidade, entre outras, a organização do setor para que ele possa se manter perene, atendendo aos objetivos de sua atividade, a Agência Reguladora deve também buscar que as autogestões continuem a realizar seu papel na Saúde Suplementar.

CAPÍTULO 3

IDENTIFICAÇÃO DOS AFETADOS PELO PROBLEMA REGULATÓRIO

As definições constantes no normativo proposto impactarão, de forma direta ou indireta, os atuais beneficiários das autogestões, beneficiários de operadoras de outras modalidades, potenciais beneficiários, que hoje não possuem cobertura de planos de saúde, as autogestões, as demais operadoras, prestadores de serviço e a ANS. Os impactos esperados são diferentes a depender do público avaliado e serão detalhados a seguir.

Conforme dito anteriormente, as limitações atualmente impostas às operadoras classificadas na modalidade autogestão podem prejudicar seu equilíbrio econômico-financeiro e, eventualmente nestes casos, levá-las a insolvência. Considerando o perfil demográfico dos beneficiários de autogestões, os que fossem participantes de operadora insolvente encontrariam, eventualmente, dificuldade na contratação de novos planos, por boa parte deles estar em idades mais avançadas e já fora do mercado de trabalho, já que parte relevante dos contratos de assistência à saúde atualmente são coletivos. Ademais, pacientes em tratamento no momento da insolvência poderiam ter seus tratamentos prejudicados pela dificuldade da autogestão em honrar suas obrigações. No que tange às regras de contratação de rede, o abrandamento das limitações hoje existentes poderá aumentar o acesso de beneficiários das autogestões a redes mais amplas, com mais opções de prestação de serviços de saúde, trazendo mais capilaridade e tornando possível a contratação de prestadores mais qualificados e/ou mais convenientes aos beneficiários.

Os beneficiários de outras operadoras são atingidos pelo fato que os limites impostos atualmente em relação a participação em uma autogestão podem diminuir a concorrência no mercado de planos de saúde, dado que esta assistência é um substituto perfeito àquela ofertada por medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas médicas. Considerando o atual nível de concentração do mercado de planos de saúde no Brasil, qualquer limitação adicional imposta à concorrência deve ser analisada muito criteriosamente e a ampliação do grupo elegível à contratação com uma autogestão certamente aumentará a concorrência neste setor. Sob outro aspecto, a revisão da limitação do compartilhamento da rede própria de serviços de saúde das autogestões pode aumentar a oferta de serviços de saúde para beneficiários de outras operadoras, com ganhos de qualidade para estes.

Da mesma forma, potenciais beneficiários, atualmente sem qualquer assistência suplementar a saúde, caso fossem elegíveis a se associar a uma autogestão poderiam passar a ter esta cobertura, estimulando o mercado e aumentando o acesso da população a saúde. Destaque-se que, como dito anteriormente, a maior parte dos planos de saúde vigentes hoje são coletivos, sejam empresariais ou por adesão, o que pode impossibilitar o acesso de eventuais interessados nesta contratação.

As autogestões serão as mais impactadas caso a alternativa regulatória a ser escolhida seja a de atualizar a regulamentação das autogestões, revendo algumas das limitações impostas na resolução

atualmente vigente, bem como impor novas obrigações, especialmente no que se refere a práticas de governança e controles internos. Assim, ao mesmo tempo em que se procuram caminhos que tornem possível a oxigenação das carteiras deste segmento, facilitando assim a busca por melhorias econômico-financeiras, haverá, em certos casos, aumento na complexidade da operação, por conta de requisitos adicionais de governança. Já eventual abrandamento da limitação da contratação de rede de atendimento das autogestões pode trazer ganhos de eficiência na contratação desta rede, com mais prestadores estando aptos a serem contratados, podendo impactar em custos menores e maior qualidade do serviço, aumentando também a capilaridade da prestação de serviços destas autogestões que, por muitas vezes, se veem obrigadas a autorizar procedimento com livre escolha do profissional pelo beneficiário, o que, notadamente, tende a aumentar os custos assistenciais.

As operadoras dos demais segmentos observarão impactos relacionados à concorrência, visto que alguns de seus beneficiários poderão ser elegíveis a participação em alguma autogestão, aumentando assim o número de possibilidades de escolha no processo de contratação de planos de assistência à saúde. Ainda, caso não haja mais restrição ao uso da rede própria das autogestões pelas demais operadoras, haverá um impacto positiva para os demais segmentos, com o aumento da oferta de prestadores de serviços de saúde, podendo surgir melhorias de qualidade e/ou preço nos serviços ofertados.

Em relação aos prestadores de serviço, estes também poderiam ser impactados negativamente com eventual insolvência de autogestão, com as limitações atualmente em vigor para a oxigenação destas carteiras. A insolvência da autogestão pode deixar um prestador com elevadas dívidas, pelo não recebimento dos valores devidos pelos atendimentos a seus beneficiários e estas dívidas podem levar também o prestador à insolvência, causando, eventualmente, uma desorganização no sistema de atendimento à saúde em determinada região. Assim, regramentos que tendem a tornar mais sustentável a situação econômico-financeira das autogestões terão impacto positivo para os prestadores de serviço, que também perceberão impactos no abrandamento da limitação da contratação de rede por parte das operadoras desta modalidade, podendo se habilitar a fornecer seus serviços para as autogestões, sem o veto existente.

Quanto aos impactos esperados para a ANS, estes devem ser pequenos, considerando que a alteração proposta não deve afetar de forma significativa a regulação destes entes, apenas redirecionando os esforços de monitoramento para cumprimento das novas regras com parâmetros mais objetivos que os atualmente vigentes.

CAPÍTULO 4

IDENTIFICAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL QUE AMPARA A AÇÃO DO ÓRGÃO OU DA ENTIDADE QUANTO AO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO

No amplo feixe de competências da ANS figura a atribuição de fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Nesse sentido, o inciso II e §2º do artigo 1º da Lei assim enunciam, citando as entidades de autogestão:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Grifo nosso)

A lei 9.961/00 ainda estabelece no Inciso XLI do artigo 4º que compete à ANS:

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998...: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001);

Também é competência dessa Agência fixar normas de diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar, entre elas, as que dizem respeito ao funcionamento das operadoras. (artigo 8ª e seus parágrafos e inciso I do artigo 35-A da Lei 9656/98).

Cumprе notar que a ANS já regula a matéria desde a edição do marco regulatório, com a edição do primeiro normativo sobre a matéria pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar. As Operadoras na modalidade de autogestão foram, portanto, objeto de normatização através inicialmente da Resolução CONSU n.º 05, de 1998 revogada posteriormente pela Resolução Normativa n.º 137, de 2006 e suas posteriores alterações.

Constata-se, ainda, que a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras é titular das atribuições regimentais que a legitimam apresentar a proposição do presente estudo, em vista do disposto, em especial, na alínea a e b do inciso I, II e, sobretudo no inciso IX do art. 26 da Resolução Regimental n.º 21, de 2022.

CAPÍTULO 5

DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS

O tratamento regulatório em análise tem por objetivo geral reduzir as restrições que impedem as Autogestões de oxigenar sua carteira diminuindo o risco de solvência dessa modalidade de operadoras de planos de saúde suplementar.

Como se demonstrou no ARR sobre o tema, a norma atual aponta para aspectos sensíveis que merecem atenção do regulador para que sua efetividade não impeça a manutenção desse segmento no mercado e que não seja barreira para sua atuação, notadamente no que diz respeito aos conceitos que delimitam o “fechamento do grupo” e sua representatividade.

Toda a regulamentação sobre as autogestões perpassa por essa característica central, diferindo das demais modalidades pela existência de duas circunstâncias operacionais básicas: I - Inexistência de finalidade lucrativa e II – não participam do nicho de vendas desses serviços, de forma que existem exclusivamente para a assistência à saúde dos seus associados e beneficiários.

Tais características aliadas à:

- I. estagnação do número de beneficiários frente às demais modalidades de atuação de operadoras que ofertam planos médico-hospitalares;
- II. envelhecimento dos grupos assistidos;
- III. possível aumento da sinistralidade; podem impactar na sustentabilidade desse segmento e descontinuidade da sua operação.

Resumidamente, os objetivos específicos da regulação a adotar são os seguintes:

5.1 Ampliação da elegibilidade

A ampliação do “grupo fechado” alcançado pelas autogestões poderia trazer benefícios potenciais à sua “saúde econômico-financeira” na medida em que possibilitaria o incremento no número de beneficiários e a oxigenação da carteira e, conseqüentemente, maior diluição dos riscos financeiros a que a operadora estaria exposta, além de potencializar a concorrência.

Na mesma esteira, outra medida relacionada a elegibilidade do grupo seria a vinculação do patrocinador ao ramo de atividade e com o objeto social da autogestão.

Embora o objetivo inicial fosse um reforço a delimitação do grupo fechado a ser coberto pela operadora³¹, a correlação quanto ao ramo de atividades entre patrocinadores e beneficiários, da forma que foi inserida na regulamentação traz um conceito indeterminado que suscita até hoje interpretações diversas e questionamentos do setor regulado³².

Portanto, propõe a eliminação dessa vinculação, mas desde que também estipuladas regras que garantam a participação dos beneficiários para entrada e saída de patrocinadores.

Nesse sentido, o artigo 4º ao prever que o estatuto deve conter os critérios e formas de participação dos patrocinadores na composição dos seus órgãos colegiados de administração superior, não expressa explicitamente se devem todos participar, ainda que indiretamente, destes órgãos, ou se basta a previsão de critérios e forma de participação.

5.2 Manutenção da representatividade dos beneficiários

É fato que a característica basilar do conceito de autogestão reside na possibilidade de seus integrantes poderem administrar seu próprio plano de saúde, em conformidade com seus estatutos sociais, tendo poderes para votar e ser votado, de forma direta ou indireta, bem como decidir, normalmente em assembleias ou através de órgãos representativos, sobre os destinos da autogestão.

Quanto à gestão participativa dos beneficiários, entendemos ser esse ponto pacífico e positivo dessa modalidade, sendo um critério mais objetivo e eficaz para delimitação do “grupo fechado” a ser atendido – ou seja, o grupo é delimitado por aqueles que resolvem se associar de forma solidária, espontânea e autogerida.

Neste sentido, os participantes dos planos de assistência à saúde, administrados pelas empresas de autogestão necessariamente devem possuir representação nos seus órgãos deliberativos, sendo corresponsáveis pela própria gestão da operadora, independentemente da correlação das atividades ou mesmo das categorias profissionais a que pertençam. Isto, no nosso entender, fornece maior transparência às atividades das operadoras, permitindo um melhor alinhamento entre a estratégia e sua estrutura.

No entanto, faz-se necessário explicitar minimamente como essa participação poderia ser assegurada, garantindo uma estrutura mínima de governança sobre essas operadoras.

Qualquer flexibilização decorrente da abertura do grupo, seja pela elegibilidade ou pela escolha de novos patrocinadores, precisa ser amparada na representatividade e poder de participação dos beneficiários junto à administração das Autogestões, especialmente considerando que a participação efetiva dos beneficiários nos órgãos de administração - que é a essência da autogestão - é a contrapartida para um tratamento diferenciado em relação às demais operadoras³³.

31 No Parecer nº 324/2014/PROGE/GEGOS (Processo nº 33902.839526/2013-09) foi observado, acerca da razão de ser dessa exigência, o seguinte: Do Parecer que analisou a minuta que deu origem à RN nº 272/2011, extrai-se que a justificativa apresentada para o acréscimo de tal regra à norma de autogestão foi a de “garantir uma afinidade entre os beneficiários da operadora e impedir a descaracterização da entidade de autogestão que, caso contrário, poderia se assemelhar a uma operadora classificada na modalidade de medicina de grupo” (Parecer nº 278/2011/GECOS/PROGE-ANS/PGF).

32 Sobre a questão a Procuradoria Federal se manifestou no Parecer nº 66/2020/GECOS/PFANS/PGF/AGU (doc. SEI nº 18683954): “Insista-se que essas observações feitas em 2014 acerca dos problemas para a correta interpretação e aplicação das regras relativas a “guardar relação com o objeto do estatuto da autogestão” e guardar “correlação entre si quanto ao seu ramo de atividade”, continuam atuais e válidas. Tratam-se de questões, vale repetir, que merecem ser melhor aclaradas pelo setor técnico, preferencialmente por meio de alteração do próprio texto da RN 137/2006.” e Parecer nº 324/2014/PROGE/GECOS/PFANS/PGF/AGU (Processo nº 33902.839526/2013-09) : “108. Ainda assim, há de se remarcar que a crítica a respeito da falta de clareza poderá ser mantida no que diz respeito à expressão “guardar correlação entre si, quanto ao seu ramo de atividade”. 109. Essa expressão tanto pode significar que os patrocinadores podem ser de ramos de atividade diversos, desde que correlatos, quanto que a correlação que se exige implica em que eles se insiram no mesmo ramo de atividade. 110. Se os ramos de atividade puderem ser diversos, mas tiverem que ser correlatos, falta na norma critério que defina como aferir correlação entre ramos de atividade. 111. Se as atividades dos patrocinadores tiverem de estar inseridas no mesmo ramo, falta ainda assim na norma a definição dos ramos de atividade empresarial.”

33 Sobre a questão o STF se manifestou nos seguintes termos: “...Sendo assim, seria possível conceber uma entidade de autogestão que, originariamente criada por servidores de uns poucos órgãos ou entidades do Poder Executivo da União, viesse paulatinamente a congregar, mediante convênios de adesão, servidores públicos federais de muitos outros órgãos ou entidades? Respondo que sim. Todavia, imprescindível seria observar: a) a presença de um órgão de deliberação representativo de todos os órgãos e entidades da Administração pública e respectivos servidores; b) a comunhão de interesses ou afecto societatis dos servidores assistidos pelo mesmo plano. (STF, MS 25855, Ministro Carlos Ayres Brito)

5.3 Ampliar o compartilhamento de rede

Restrições ainda quanto ao compartilhamento de rede também demonstraram um elevado custo regulatório à atividade das autogestões, que por vezes precisam recorrer ao reembolso integral do procedimento para atender seus beneficiários em lugares onde a rede é restrita. Possibilitar o compartilhamento de rede por autogestões às demais operadoras, além de outras autogestões, poderia trazer efeitos positivos para a concorrência do setor. É irrefutável que quanto maior a dinâmica concorrencial de um setor, maiores os ganhos para a sociedade em termos de preço e qualidade.

5.4 Atenuar ou eliminar a insegurança Jurídica

Como foi observado no ARR, diversos casos têm sido trazidos à julgamento da Diretoria Colegiada para interpretação casuisticamente dos normativos vigentes, a depender da verificação subjetiva da área técnica ao longo do tempo.

É salutar que haja um padrão real daquilo que a norma pretende transmitir e parâmetros sobre os quais servidores e em última instância, a Diretoria Colegiada possam se assegurar para impedir interpretações divergentes sobre o mesmo texto normativo. Nesse sentido, trazer maior objetividade na interpretação e/ou aplicação das normas referente às autogestões atenuaria ou eliminaria a insegurança jurídica.

CAPÍTULO 6

DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS AO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO, CONSIDERADAS AS OPÇÕES DE NÃO AÇÃO, DE SOLUÇÕES NORMATIVAS E DE, SEMPRE QUE POSSÍVEL, SOLUÇÕES NÃO NORMATIVAS

As opções correspondem às diferentes possibilidades de tratamento do problema regulatório, devendo ser excluídas aquelas que se mostrarem inviáveis e analisadas detalhadamente aquelas 2023 que se mostrarem potencialmente eficazes³⁴.

Dentre as possibilidades a serem consideradas, estão as opções de:

i. não ação,

Uma alternativa que sempre deve ser considerada é a de manutenção da situação atual, ou seja, a possibilidade de não agir. A análise desta alternativa serve como linha de base para avaliar, posteriormente, se as alternativas escolhidas trataram adequadamente as causas identificadas e, conseqüentemente, o problema (BRASIL, 2018).

A análise do problema regulatório identificado e de suas causas e conseqüências demonstra que a manutenção do marco regulatório vigente perpetua a insegurança jurídica para enquadramento da modalidade, pois aponta para conceitos indeterminados gerando insegurança para aplicação do normativo. Além disso, o cenário atual não é mais o mesmo da edição da resolução e mesmo com as alterações já realizadas, não é suficiente para corrigir os efeitos do envelhecimento populacional e da falta de oxigenação das carteiras.

A opção de não fazer nada levaria, portanto, a um agravamento da situação atual com possível saída de mais operadoras nessa modalidade do mercado, dada a inviabilidade de manutenção de carteiras cada vez mais envelhecidas e conseqüentemente com custos mais elevados.

ii. **a ampliação interpretativa dos dispositivos presentes no regramento atual,**

A ampliação interpretativa poderia levar a um aumento exponencial dos casos a serem submetidos à Diretoria Colegiada, instância competente para determinar a ampliação dos conceitos trazidos pela norma atual.

Senão vejamos, as normas referentes à modalidade de Autogestão são observadas nas análises em que se define o correto enquadramento da modalidade de operadora, sendo as atribuições de autorização de funcionamento e a atualização cadastral os momentos em que os regramentos sobre autogestões são aplicados.

Por essa alternativa, todas as alterações cadastrais referentes à modalidade bem como os pleitos das operadoras poderiam/deveriam ser revistas por servidores da área técnica para esses pudessem dar interpretação mais ampliada aos dispositivos dispostos na resolução, sendo que nos casos de dúvidas ou omissões em relação ao correto enquadramento da operadora, o caso seria levado a julgamento da Diretoria Colegiada para dirimir divergências ou casos omissos.

Além disso, regras protetivas que garantissem a participação efetiva dos beneficiários nas autogestões não poderiam ser incluídas, mantendo-se a regra atual que é mais genérica. Da mesma forma, as regras mais restritivas à atuação das autogestões como as regras do compartilhamento de rede não seriam superadas, ferindo a isonomia regulatória sobre o tema em relação às demais modalidades.

Nesse cenário, medidas normativas são a opção regulatória mais indicada para alcançar os objetivos esperados, pois são de caráter vinculante, ou seja, após a publicação da norma estabelecendo os requisitos técnicos e administrativos, seu cumprimento é obrigatório por todos os agentes afetados.

Dessa forma, considerando que a maior parte das causas do problema regulatório consiste em restrições e conceitos indeterminados na Resolução Normativa que regula as autogestões, as principais alternativas indicadas para manutenção de seu exercício regular são de caráter normativo. As medidas normativas impostas devem, portanto, ser proporcionais aos riscos sem criar barreiras desnecessárias à operação de planos de saúde.

Assim sendo, as outras opções elencadas seriam as alterações normativas³⁵ que contemplassem:

iii. **Alteração normativa reduzida:**

É cediço que o normativo vigente possui regras mais restritivas em relação às demais modalidades. Além de elencar os critérios de elegibilidade, a resolução ainda vincula os beneficiários aos patrocinadores e limita o compartilhamento de rede, fora da sede da operadora.

Ao retirar tais restrições do texto normativo, estaríamos garantindo uma abertura razoável, mas sem descaracterizar os grupos elegíveis já representados no normativo.

Em termos de ampliação de elegibilidade teríamos, portanto, a possibilidade de:

- congregar mais de uma categoria profissional por autogestão;
- agregar mais de um patrocinador sem a necessidade de vinculação entre esses e os beneficiários;
- ampliar para o 4º grau de afinidade;
- conceituar para fins de aplicação do normativo, o que seria grupo econômico.

No bojo das alterações propostas, não estaríamos mexendo na estrutura da Resolução Normativa vigente, os beneficiários ainda seriam vinculados por características específicas e definidas pelo normativo, mas poderiam ser agregados por mais de um grupo determinado.

³⁵ As alternativas normativas são opções de intervenção do Estado que consistem na edição de ato normativo prescritivo que impõe um conjunto de regras de conduta ou padrões que devem ser observados pelos particulares (BRASIL, 2018).

Visando ainda a proteção dos beneficiários, tal ampliação deve ser realizada a partir do estabelecimento de regras mínimas de governança para que seja garantida a representatividade dos grupos ampliados.

As alterações podem ser traduzidas pelo quadro abaixo.

■ QUADRO 1 – PROPOSTA NORMATIVA – ALTERAÇÃO NORMATIVA REDUZIDA

PROPOSTA NORMATIVA			
Ampliação da elegibilidade:	Retira restrições quanto à categoria profissional, podendo mais de uma categoria ser reunida no grupo fechado, Amplia a elegibilidade para o 4º grau de afinidade; Definir o que é grupo econômico para aplicação da RN.	Desde que haja representatividade dos grupos reunidos.	Estrutura Mínima de Governança
Desvinculação de patrocinadores	Retira restrições quanto à correlação de atividades.	Desde que haja representatividade entre os patrocinadores reunidos.	
Permissão de compartilhamento de rede	Que deve estar atrelada na melhora da qualidade de gestão de questões assistenciais pela operadora.		

Fonte: Elaboração própria

iv. Alteração normativa ampla:

Por esta alternativa, estaríamos falando de mudar radicalmente a norma como é estruturada atualmente, dando plena liberdade para os beneficiários das autogestões se associarem, desde que alinhadas pelo estatuto social.

Nesse sentido, os beneficiários e sua representatividade no grupo seriam resguardados por regras mais rígidas de governança, com especificação de seus direitos.

Assim teríamos, o instrumento que rege a entidade como o regramento que deveria ser aceito por todos os seus beneficiários, estabelecendo livremente as condições pelas quais esses seriam tratados.

■ **QUADRO 2 – PROPOSTA NORMATIVA – ALTERAÇÃO NORMATIVA AMPLA**

PROPOSTA NORMATIVA AMPLIADA		
Ampliação da elegibilidade:	Elegibilidade definida no contrato ou estatuto social.	Desde que haja representatividade paritária entre os associados.
Desvinculação de patrocinadores	Retira restrições quanto à correlação de atividades.	Desde que haja representatividade entre os patrocinadores reunidos.
Permissão de compartilhamento de rede	Que deve estar atrelada na melhora da qualidade de gestão de questões assistenciais pela operadora.	

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO 7

EXPOSIÇÃO DOS POSSÍVEIS IMPACTOS DAS ALTERNATIVAS IDENTIFICADAS, INCLUSIVE QUANTO AOS SEUS CUSTOS REGULATÓRIOS E SOBRE MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE

Essa etapa da AIR tem como objetivo apontar os impactos de cada alternativa de ação, incluindo as estimativas de custos regulatórios, de modo a identificar se seus benefícios superam seus custos e desvantagens quando comparadas à alternativa de não ação (BRASIL, 2018).

Antes de adentrarmos na análise dos riscos propriamente, ressaltamos que para definição de impactos utilizamos a classificação da ANS para as operadoras em seguimentos de risco prudencial, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela RN n.º 475/2021. Além do número de beneficiários essa classificação leva em conta parâmetros relativos a receitas totais; modalidade de operadora e liderança em mercado relevante e operações verticalizadas, sendo mais precisa no enquadramento prudencial.

Como ressaltado no relatório de ARR, 90% das autogestões estão classificadas em S3 e S4 (médio e pequeno porte), apenas 3 fazem parte de grupos econômicos prudenciais e 5 possuem hospitais próprios.

Abaixo, são apresentados quadros que sumarizam as alternativas elencadas no item IV. Foram analisados os seguintes aspectos; i) econômico-financeiro: ou seja, sobre a sustentabilidade dessas operadoras considerando aspectos econômico-financeiros; ii) concorrencial: sobre a possibilidade de tornar essas operadoras atrativas para grupos maiores de beneficiários:

■ QUADRO 3 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO - ELEGIBILIDADE

ALTERNATIVAS	PROPOSTAS E IMPACTOS:	DESCRIÇÃO DO IMPACTO
Não fazer nada	Status quo	Diminuição progressiva do número de beneficiários.
Ampliação interpretativa	Revisão dos pleitos com nova interpretação da norma.	Poderá trazer aumento no número de beneficiários de forma similar a todas as autogestões, porém gera insegurança jurídica e a possibilidade de decisões divergentes.
Alteração normativa reduzida - Incluir novos beneficiários com grupo fechado: seria possível a inclusão de novos beneficiários, mas mantendo-se a características de grupo fechado;	i. Inclusão dos terceirizados:	Poderá trazer aumento no número de beneficiários de forma similar a todas as autogestões, porém pode não ser tão relevante devido a capacidade financeira restrita de parte destes terceirizados;
	ii. Grupo econômico:	Tende a apresentar mais homogeneidade entre os participantes, logo apresenta mais potencial de agregar novos beneficiários, entretanto não atinge todas as autogestões de forma equânime, já que muitas não possuem grandes grupos econômicos relacionados;
	iii. Grupo familiar ampliado:	Atinge todas de forma similar e apresenta mais homogeneidade da capacidade de pagamento, mantendo perfil social mais próximo ao original do grupo;
	iv. Ampliação da categoria profissional: também mantém maior similaridade nas características socioeconômicas com o grupo original, porém pode não ampliar de forma significativa o grupo elegível.	
Alteração Normativa Ampla - Incluir novos beneficiários, em associação livre: os beneficiários seriam aqueles definidos em estatuto.	Fim das restrições a associação:	A liberação completa a associação a uma autogestão pode ter impactos positivos, na medida que a regulada poderia buscar novos associados em todos os públicos, mas também poderia trazer impactos negativos, considerando a heterogeneidade que poderia advir deste comportamento, dificultando a gestão e a representatividade dos associados no plano.

Fonte: Elaboração própria

■ QUADRO 4 – IMPACTO CONCORRENCIAL - ELEGIBILIDADE

ALTERNATIVAS	PROPOSTAS E IMPACTOS:	DESCRIÇÃO DO IMPACTO
Não fazer nada	Status quo	Encerramento das atividades dessa modalidade.
Ampliação interpretativa	Revisão dos pleitos com nova interpretação da norma.	Poderá trazer aumento no número de beneficiários de forma similar a todas as autogestões, porém gera insegurança jurídica e a possibilidade de decisões divergentes.
Alteração normativa REDUZIDA - Incluir novos beneficiários com grupo fechado: seria possível a inclusão de novos beneficiários, mas mantendo-se a características de grupo fechado;	i. Inclusão dos terceirizados:	Aumento moderado da concorrência no setor de saúde suplementar. Dada a capacidade de pagamento limitada esperada de boa parte dos serviços terceirizados, não se espera grande adesão deste grupo ao plano.
	ii. Grupo econômico:	Com o maior potencial de adesão ao plano, o impacto concorrencial no setor tende a ser mais relevante, embora esta alteração não atinja todas as autogestões da mesma forma, por boa parte delas não possuir grupo econômico relevante relacionado.
	iii. Grupo familiar ampliado:	Impacto mais relevante, pela capacidade de pagamento similar a dos atuais beneficiários, espera-se atingir maior público com esta alteração.
	iv. Ampliação da categoria profissional:	Também mantém maior similaridade nas características socioeconômicas com o grupo original, porém pode não ampliar de forma significativa o grupo elegível.
Alteração Normativa Ampla - Incluir novos beneficiários, em associação livre: os beneficiários seriam aqueles definidos em estatuto.	Fim das restrições a associação:	Maior impacto concorrencial com a liberdade de associação a uma autogestão, impactando de forma mais relevantes o setor de saúde suplementar.

Fonte: Elaboração própria

■ QUADRO 5 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO - PATROCINADORES

ALTERNATIVAS	PROPOSTA	DESCRIÇÃO DO IMPACTO
Não fazer nada	Status quo	Manutenção de resultados operacionais deficitários.
Ampliação interpretativa	Revisão dos pleitos com nova interpretação da norma.	Poderá trazer aumento no número de beneficiários de forma similar a todas as autogestões, porém gera insegurança jurídica e a possibilidade de decisões divergentes.
Alteração Normativa REDUZIDA - Com restrição mínima: é necessário algum tipo de restrição que vincule patrocinador e beneficiários, ou seja, que o regramento atual deve sofrer ajustes. seria, portanto, necessária alguma restrição, a fim de que haja, necessariamente, vinculação entre patrocinador e beneficiários, bem como que subsista a gestão compartilhada por parte do instituidor, mantenedor ou patrocinador e dos beneficiários.	Tempo mínimo de vínculo: Por meio do estabelecimento de um tempo mínimo de vínculo entre os patrocinadores e a entidade de autogestão, a fim de se evitar a exploração deste segmento por entidades descompromissadas com a perenidade da autogestão em relação a seus beneficiários e com a sustentabilidade financeira de seus planos. Grupo econômico ou atividade similares ou conexas: o patrocinador poderia ser do mesmo grupo econômico ou exercer atividade similar ou conexa.	
Alteração Normativa Ampla - Sem restrições: a que considera não ser necessária qualquer restrição, ou seja, que a regra deve ser revogada, principalmente porque inibiriam a possibilidade de empresas de ramos de atividades diferentes se reunirem para a constituição de uma autogestão.	Definição no estatuto: o ato constitutivo da entidade que deveria conter as condições para que se determinasse o patrocinador. Participação na gestão: a participação do patrocinador e dos beneficiários na governança da operadora.	

Fonte: Elaboração própria

■ QUADRO 6 – IMPACTO CONCORRENCIAL - PATROCINADORES

Alternativas	Proposta	Descrição do Impacto
Não fazer nada	Status quo	Restrição a patrocinadores vinculados.
Ampliação interpretativa	Revisão dos pleitos com nova interpretação da norma.	Poderá trazer aumento no número de patrocinadores de forma similar a todas as autogestões, porém gera insegurança jurídica e a possibilidade de decisões divergentes.
Alteração Normativa REDUZIDA - Com restrição mínima: é necessário algum tipo de restrição que vincule patrocinador e beneficiários, ou seja, que o regramento atual deve sofrer ajustes. Seria, portanto, necessária alguma restrição, a fim de que haja, necessariamente, vinculação entre patrocinador e beneficiários, bem como que subsista a gestão compartilhada por parte do instituidor, mantenedor ou patrocinador e dos beneficiários.	Tempo mínimo de vínculo:	Por meio do estabelecimento de um tempo mínimo de vínculo entre os patrocinadores e a entidade de autogestão, a fim de se evitar a exploração deste segmento por entidades descompromissadas com a perenidade da autogestão em relação a seus beneficiários e com a sustentabilidade financeira de seus planos.
Alteração Normativa Ampla - Sem restrições: a que considera não ser necessária qualquer restrição, ou seja, que a regra deve ser revogada, principalmente porque inibiriam a possibilidade de empresas de ramos de atividades diferentes se reunirem para a constituição de uma autogestão.	Grupo econômico ou atividade similares ou conexas: Definição no estatuto: o ato constitutivo da entidade que deveria conter as condições para que se determinasse o patrocinador. Participação na gestão: a participação do patrocinador e dos beneficiários na governança da operadora.	O patrocinador poderia ser do mesmo grupo econômico ou exercer atividade similar ou conexa.

Fonte: Elaboração própria

■ QUADRO 7 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO - GOVERNANÇA

ALTERNATIVAS	PROPOSTAS	DESCRIÇÃO DO IMPACTO
Não fazer nada	Status quo	Definição da participação é feita por estatuto, sem regras de governança.
Ampliação interpretativa	Revisão dos pleitos com nova interpretação da norma.	
Alteração Normativa REDUZIDA Estabelecer regras específicas de governança: como a criação de órgãos deliberativos ou conselhos.	Regras gerais: Estabelecer critérios mais específicos para a participação direta dos beneficiários, assegurando que todos tenham a oportunidade de votar e ser votado; - Definir mecanismos de transparência e prestação de contas que permitam aos beneficiários acompanharem e influenciar as decisões da autogestão; - Promover a educação e o engajamento dos beneficiários, para que eles compreendam a importância de sua participação e se sintam motivados a contribuir ativamente para a gestão da autogestão; Monitorar e avaliar regularmente a efetividade da participação dos beneficiários, identificando oportunidades de melhoria e ajustando as práticas de governança quando necessário.	A maior participação dos beneficiários na gestão induz a maior qualidade e busca por melhores resultados, aumentando a eficiência da autogestão, o que favorece sua solvência.
Alteração Normativa Ampla - Definir regras gerais de participação.	Regras específicas: Estabelecimento de estrutura mínima de governança, incluindo Diretoria Executiva, Conselho Deliberativo e Fiscal; Obrigatoriedade de estruturas administrativas como Ouvidoria, Auditoria Interna, Compliance e Riscos; Composição minimamente paritária entre usuários e empresas nos órgãos estatutários; Garantia de eleição direta para os órgãos estatutários com efetiva participação de todos os beneficiários titulares; Garantia da estrutura de governança subordinada ao órgão paritário máximo da entidade; Garantia de estabilidade trabalhista para os ocupantes de mandato nos órgãos estatutários e custeio da defesa técnica para membros da diretoria eleitos pelos beneficiários; Garantia de eleição direta e efetiva participação no processo eleitoral para todos os beneficiários titulares, em conformidade com dispositivos previstos no Estatuto Social da Operadora de Plano de Saúde, observadas os seguintes parâmetros de funcionamento: a) Formatação de comissão eleitoral paritária; b) Definição de períodos de campanha; c) Vedação de regras que excluam participação de candidatos, salvo aquelas previstas em lei; d) Regras de publicidade às custas da operadora; e) Controle do processo eleitoral de modo minimamente paritário como um todo.	Estruturação mais detalhada das regras de governança e controles internos, ainda que possa trazer mais benefícios, também traz aumento relevante de custos, que podem ser de difícil assunção por autogestões com menos beneficiários.

Fonte: Elaboração própria

■ QUADRO 8 – IMPACTO CONCORRENCIAL - GOVERNANÇA

ALTERNATIVAS	PROPOSTAS	DESCRIÇÃO DO IMPACTO
Não fazer nada	Status quo	Definição da participação é feita por estatuto, sem regras de governança.
Ampliação interpretativa	Revisão dos pleitos com nova interpretação da norma.	
Alteração Normativa REDUZIDA Estabelecer regras específicas de governança: como a criação de órgãos deliberativos ou conselhos.	Regras gerais: Estabelecer critérios mais específicos para a participação direta dos beneficiários, assegurando que todos tenham a oportunidade de votar e ser votado; - Definir mecanismos de transparência e prestação de contas que permitam aos beneficiários acompanhar e influenciar as decisões da autogestão; - Promover a educação e o engajamento dos beneficiários, para que eles compreendam a importância de sua participação e se sintam motivados a contribuir ativamente para a gestão da autogestão; Monitorar e avaliar regularmente a efetividade da participação dos beneficiários, identificando oportunidades de melhoria e ajustando as práticas de governança quando necessário.	A maior participação dos beneficiários na gestão induz a maior qualidade e busca por melhores resultados, aumentando a eficiência da autogestão, evitando concorrência predatória.
Alteração Normativa Ampla - Definir regras gerais de participação.	Regras específicas: Estabelecimento de estrutura mínima de governança, incluindo Diretoria Executiva, Conselho Deliberativo e Fiscal; Obrigatoriedade de estruturas administrativas como Ouvidoria, Auditoria Interna, Compliance e Riscos; Composição minimamente paritária entre usuários e empresas nos órgãos estatutários; Garantia de eleição direta para os órgãos estatutários com efetiva participação de todos os beneficiários titulares; Garantia da estrutura de governança subordinada ao órgão paritário máximo da entidade; Garantia de estabilidade trabalhista para os ocupantes de mandato nos órgãos estatutários e custeio da defesa técnica para membros da diretoria eleitos pelos beneficiários; Garantia de eleição direta e efetiva participação no processo eleitoral para todos os beneficiários titulares, em conformidade com dispositivos previstos no Estatuto Social da Operadora de Plano de Saúde, observadas os seguintes parâmetros de funcionamento: a) Formatação de comissão eleitoral paritária; b) Definição de períodos de campanha; c) Vedação de regras que excluem participação de candidatos, salvo aquelas previstas em lei; d) Regras de publicidade às custas da operadora; e) Controle do processo eleitoral de modo minimamente paritário como um todo.	Estruturação mais detalhada das regras de governança e controles internos, ainda que possa trazer mais benefícios, também traz aumento relevante de custos, que podem ser de difícil assunção por autogestões com menos beneficiários, levando-as, potencialmente, ao encerramento de suas atividades, diminuindo a concorrência no setor.

Fonte: Elaboração própria

■ QUADRO 9 – IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO – COMPARTILHAMENTO DE REDE

ALTERNATIVAS:	PROPOSTAS:	DESCRIÇÃO DO IMPACTO
Não fazer nada	Status quo	Dificuldade na gestão da rede em localidades remotas.
Ampliação interpretativa	Revisão dos pleitos com nova interpretação da norma.	
Alteração Normativa Reduzida.	Retirar a restrição. Seriam justificativas para retirar a restrição: Enfraquecimento da capacidade de negociação da autogestão com seus prestadores; Tratamento não isonômico – as demais modalidades não tem essa restrição; Custos regulatórios – redução de custos operacionais, ampliação de acesso aos beneficiários e maior facilidade de cumprimento das regras setoriais de cobertura na prestação de seus serviços; Realidade atual com mais trabalhadores em regime de trabalho remoto (home office) em regiões distintas do país.; e possibilidade de ampliar o acesso de seus beneficiários a uma rede melhor caso não houvesse restrições.	Possibilidade de negociar com outras operadoras em localidades distintas.
Alteração Normativa Ampla -	Retirar a restrição.	Possibilidade de negociar com outras operadoras em localidades distintas.

Fonte: Elaboração própria

Para cada uma dessas quatro alternativas, considerando os atores relacionados, verificamos os benefícios e os custos, assim definidos:

- I. benefícios (impactos positivos): qualquer mudança que melhore a condição atual de um ator ou grupo frente à situação de não ação; e
- II. custos (impactos negativos): gastos relacionados ou qualquer mudança que piore a condição atual de um ator ou grupo, também com relação ao que ocorreria no cenário de não ação.

Os quadros a seguir apresentam os custos e os benefícios identificados para cada alternativa.

■ **QUADRO 10 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA I): MANTER A SITUAÇÃO ATUAL**

BENEFÍCIOS	CUSTOS
Ausência de esforços de transição e adaptação pela continuidade do modo de trabalho atual.	Maiores efeitos do envelhecimento populacional ao longo dos anos.
	Falta de oxigenação das carteiras.
	Descontinuidade da atividade das operadoras nessa modalidade.
	Resultado operacional baixo suportado pelo resultado financeiro.
	Permanência de regras mais restritivas, não justificáveis no cenário atual.
	Insegurança jurídica

Fonte: Elaboração própria

■ **QUADRO 11 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA II): AMPLIAÇÃO INTERPRETATIVA**

BENEFÍCIOS	CUSTOS
Ausência de esforços para alteração normativa.	Aumento dos casos sujeitos à julgamento pela Diretoria Colegiada.
Poderia ser implementada imediatamente.	Possibilidade de decisões divergentes e falta de padronização dos entendimentos.
	Impacto no trabalho da coordenação para análise individualizada dos pleitos.
	Descontinuidade da atividade das operadoras nessa modalidade.
	Permanência de regras mais restritivas, não justificáveis no cenário atual.
	Insegurança jurídica

Fonte: Elaboração própria

■ **QUADRO 12 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA III): ALTERAÇÃO NORMATIVA REDUZIDA**

BENEFÍCIOS	CUSTOS
Potencial de maior oxigenação da carteira.	Mudança mínima nos estatutos.
Possibilidade de ampliar o grupo mas mantendo sua característica de grupo “fechado”.	Tempo de adequação dos estatutos às mudanças normativas.
Incremento da oportunidade de participação dos beneficiários.	Exigência de governança mínima.
Disseminação de boas práticas regulatórias.	Necessidade de monitoramento pela ANS.
Possibilidade de agregar mais patrocinadores.	
Liberdade para compartilhar rede.	

Fonte: Elaboração própria

■ **QUADRO 13 – IMPACTOS DA ALTERNATIVA IV): ALTERAÇÃO NORMATIVA AMPLA**

BENEFÍCIOS	CUSTOS
Oxigenação ampla das carteiras.	Mudança ampla nos estatutos.
Liberdade para compartilhar rede.	Tempo maior de adequação dos estatutos às mudanças normativas.
Possibilidade de agregar mais patrocinadores.	Possibilidade de descaracterização do grupo “fechado”.
	Exigência de governança ampla, com garantias de paridade.
	Especificar critérios de transparência e publicidade da gestão.
	Necessidade de monitoramento maior pela ANS.

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO 8

CONSIDERAÇÕES REFERENTES ÀS INFORMAÇÕES E ÀS MANIFESTAÇÕES RECEBIDAS PARA A AIR EM EVENTUAIS PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL OU DE OUTROS PROCESSOS DE RECEBIMENTO DE SUBSÍDIOS DE INTERESSADOS NA MATÉRIA EM ANÁLISE

8.1 Tomada Pública de Subsídios

De forma a permitir a participação social e iniciar os debates, foi oportunizada a participação da sociedade por meio da Tomada Pública de Subsídios, tendo como objetivo avaliar a necessidade de alteração e ajuste dos normativos vigentes.

A Tomada Pública de Subsídios (TPS) n.º 03/2024, aprovada pela Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada de 18/03/2024, teve por objetivo obter contribuições e informações sobre a atual regulamentação das Autogestões. A TPS ficou disponível para participação entre os dias 10/04/24 e 27/05/24. No total, 36 entidades e 2 contribuintes individuais enviaram 38 contribuições que foram anexadas ao processo n.º 33910.013536/2023-86 junto com o relatório da TPS (Doc. SEI n.º 29903050).

Para viabilizar a Tomada de Subsídios foram feitos questionamentos sobre pontos de atenção elencados pelo ARR estruturados nos eixos de i) Suficiência e adequação do modelo atual, ii) Desenho do atual modelo regulatório e iii) Eventuais riscos caso a norma seja alterada.

Dessa forma, questionou-se preliminarmente sobre a necessidade de alteração normativa e se haveria dados científicos que pudessem justificar eventual mudança.

Conforme enunciado anteriormente, o resultado da coleta de subsídios junto aos interessados indicou que, mesmo tendo produzido avanços, com o passar dos anos o contexto em que estavam inseridas as autogestões se modificou tornando-se necessário o aperfeiçoamento da regulação.

Todos os participantes da Tomada de Subsídios Pública foram unânimes em entender que não haveria riscos em ampliar a massa elegível de beneficiários, mas ganhos ao setor, pois o cenário atual acarretaria risco à manutenção das autogestões nesse mercado pela falta de oxigenação e diminuição do número de beneficiários.

Também foram unânimes em considerar que a delimitação a uma única categoria profissional trazida pelo inciso II do artigo 2º da RN n.º 137, de 2006 não se justificaria, sendo necessária alteração normativa ou mesmo uma interpretação menos restrita do dispositivo.

No mesmo sentido, também se propôs uma interpretação mais ampliada da regra ou alteração normativa do dispositivo que trata da correlação de atividades entre beneficiários e patrocinadores, seja sem impor qualquer restrição ou com restrições que contemplassem a participação do patrocinador na gestão do plano e no estatuto da operadora.

Ressalta-se que a despeito da necessidade de ampliação da elegibilidade, vários participantes apontaram que qualquer possibilidade de entrada de novos beneficiários deve preservar a característica de “grupo fechado” de pessoas e a participação dessas na gestão do plano de saúde e de seus órgãos de governança.

Ainda sobre a questão específica da participação dos beneficiários foi questionado se o dispositivo atual seria suficiente para contemplar o cenário atual. Apenas três contribuições entenderam que “não seria”, ou seja, para que a participação fosse efetiva alguma estrutura mínima de governança deveria ser garantida, como a Associação Nacional Dos Participantes De Fundos De Pensão e Dos Beneficiários De Saúde Suplementar De Autogestão, única entidade que representa beneficiários, com quem também foi realizada reunião virtual para ampliar o debate sobre os impactos de manutenção da norma atual (doc. SEI n.º 29830727).

A UNIDAS, entidade que representa as autogestões, entende que a regulamentação atual é suficiente para garantir a efetiva participação dos beneficiários titulares nos órgãos colegiados de administração superior, devendo o estatuto social da entidade estabelecer a mencionada forma de participação, seja ela direta ou indireta.

Sobre o compartilhamento de rede, todas as contribuições foram no sentido de excluir a restrição hoje imposta às autogestões. Citando dentre outros impactos negativos:

- Enfraquecimento da capacidade de negociação da autogestão com seus prestadores;
- Tratamento não isonômico – as demais modalidades não tem essa restrição;
- Custos regulatórios – redução de custos operacionais, ampliação de acesso aos beneficiários e maior facilidade de cumprimento das regras setoriais de cobertura na prestação de seus serviços;
- Realidade atual com mais trabalhadores em regime de trabalho remoto (home office) em regiões distintas do país.; e
- A possibilidade de ampliar o acesso de seus beneficiários a uma rede melhor caso não houvesse restrições.

8.2 Reuniões virtuais e subsídios recebidos por ofício

Também foram realizadas reuniões virtuais com as autogestões, nos quais as entidades reforçaram as considerações apresentadas na TPS:

- FAPES – Fundação de Assistência e Previdência Social do BNDES (Reg. 339636) – Doc. SEI n.º 29830721
- CABESP – Caixa Beneficente dos Funcionários do Banco do estado de São Paulo (Reg. 352331) – Doc. SEI n.º 30082186

- CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Reg. 346659) – Doc. SEI n.º 30325363
- GEAP Autogestão (Reg. 323080) – Doc. SEI n. 30470217
- ASSEFAZ Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (Reg. 346926) – Doc. SEI n.º 30431287

Também foram realizadas reuniões com entidades representativas do setor (associados e autogestões):

- ANAPAR – Associação Nacional dos Participantes de Fundos de Pensão e dos Beneficiários de Saúde Suplementar de Autogestão – Doc. SEI n.º 29830727
- Unidas Autogestão em Saúde – Docs. SEI n.º 30417279 e 30500887

Após a rodada de reuniões e visando ampliar a participação do setor com o envio de novos dados e contribuições, foi enviado Ofício-Circular nº: 5/2024/CESME/GEHAE/GGAME/DIRAD-DIOPE/DIOPE às operadoras na modalidade de Autogestão para que encaminhassem subsídios sobre a ampliação do grupo elegível de beneficiários em relação:

- A. Expectativa de aumento percentual no número de beneficiários;
- B. Perfil etário esperado; e
- C. Sinistralidade esperada pós adesão destes grupos.

Estas informações deveriam ser encaminhadas de forma segregada, conforme as seguintes possibilidades de ampliação:

- I. Do grupo familiar para o quarto grau de parentesco por afinidade;
- II. Do grupo econômico, aqui entendido como o grupo de sociedades segundo a legislação societária (somente para as autogestões com patrocinadores);
- III. Da categoria profissional para várias categorias profissionais.
- IV. Da eliminação da correlação de atividades para patrocinador (somente para as autogestões com patrocinadores).

Deveriam ser encaminhadas também as justificativas - estudos ou levantamentos prévios, que fundamentassem a resposta, caso disponíveis.

Encerrado o prazo em 30/09/2024, foram recepcionadas 65 respostas.

Algumas operadoras responderam que ainda precisariam fazer estudos para delimitar a ampliação da elegibilidade e a sinistralidade esperada e/ou não trouxeram dados. Foi o caso da:

- APAS Fernandópolis;
- CABEFI - Caixa Beneficente dos Funcionários do Grupo Iguazu;
- SAÚDE ABAS - Caixa de Assistência à Saúde dos Juízes do Trabalho da 15ª Região;
- CETESB – Companhia Ambiental do Estado de São Paulo;
- Fundação Assefaz
- Saúde Petrobrás
- Itaipu Binacional
- Real Grandeza – Fundação de Previdência e Assistência Social
- Sociedade De Assistência Médica – SAMEISA SAÚDE
- Serviço Federal de Processamento de Dados - SERPRO
- Unidas Autogestão em Saúde
- Fundação Sanepar De Assistência Social
- CASU-UFMG Caixa De Assistência à Saude da Universidade
- APAS – Bauru - Associação Policial De Assistência à Saúde de Bauru
- Eletros Saúde – Associação de Assistência à Saúde
- Fundação AFFEMG de Assistência e Saúde – FUNDAFFEMG
- Saúde BRB
- FACHESF – Fundação CHESF de Assistência e Seguridade Social

- METRUS – Instituto de Seguridade Social – Doc. Sei n.º 30584922

Por se tratar de contribuição referenciada pelas demais autogestões e por se esta entidade representativa dessa modalidade de operadora, analisaremos preliminarmente a contribuição da Unidas Autogestão em Saúde.

8.2.1 DA CONTRIBUIÇÃO DA UNIDAS AUTOGESTÃO EM SAÚDE

A entidade encaminhou estudo onde estimou o impacto de possíveis reduções nas restrições acerca da participação em uma autogestão. Detalhes deste estudo podem ser encontrados no Anexo I do presente documento.

As Autogestões contam com o seguinte número de beneficiários:

- 3,93 milhões de beneficiários (ANS/SIB – Junho;2024),
- 1,89 milhões são titulares de plano, que compõem os indicadores aos planos,
- 40,2% beneficiários desse grupo de titulares estão na última faixa etária (59 ou mais),
- 52 anos de idade média do grupo de titulares.

Considerando a possibilidade de i) Flexibilização das correlações entre patrocinadores ou mantenedores, ii) inclusão de diversas categorias profissionais numa autogestão e iii) Ampliação do grupo familiar, a entidade apresenta os possíveis impactos.

O objetivo seria identificar grupos de contratos empresariais que são semelhantes em termos de características dos planos e volumetria de vidas, com potencial para viabilizar a criação de operadora própria de autogestão e o resultado esperado seria identificar oportunidades de ampliação do segmento de autogestão com a flexibilização proposta, incluindo cenários com estimativas do número de vidas que poderiam ser agregadas.

O cálculo foi realizado com base nas Contraprestações Efetivas e nos Eventos Indenizáveis Líquidos per capita/mês das operadoras das modalidades Cooperativa Médica, Seguradora, Medicina de Grupo e Filantrópica, para o ano de 2023. Esses valores per capita foram multiplicados pela população que seria incluída nas autogestões e, em seguida, somados aos resultados efetivos observados em 2023. Dessa forma, o resultado obtido simula um cenário em que todos os participantes teriam sido incorporados nas operadoras de autogestão a partir de janeiro de 2023.

Os impactos das alterações acima propostas consideraram cenários onde 5, 10, 20 e 50% dos beneficiários potencialmente elegíveis com esta mudança de fato se vinculariam a uma autogestão.

Considerando a possibilidade de flexibilização das correlações entre patrocinadores, e os dados do ano de 2023 desta modalidade, o resultado das operações com planos de assistência à saúde do total das autogestões teria melhora de 6 a 60%, a depender do cenário avaliado, e a sinistralidade poderia diminuir até 1,6 p.p., com a inclusão de mais de 1,7 milhão de novos beneficiários, sendo os resultados mais positivos do intervalo alcançados quando se considerou o máximo de beneficiários se vinculando.

■ TABELA 9 – IMPACTO FLEXIBILIZAÇÃO DAS CORRELAÇÕES ENTRE PATROCINADORES

Demonstração do Resultado do Exercício	Mantenedor/Patrocinador				
	2023	Conservador (5%)	Neutro (10%)	Otimista (20%)	Extremamente Otimista (50%)
Contraprestações Efetivas	R\$ 27.890.697.720,95	R\$ 28.748.977.597,30	R\$ 29.607.257.473,65	R\$ 31.323.817.226,35	R\$ 36.473.496.484,45
Eventos Indenizáveis Líquidos	-R\$ 25.882.905.832,87	-R\$ 26.621.187.841,40	-R\$ 27.359.469.849,92	-R\$ 28.836.033.866,97	-R\$ 33.265.725.918,13
RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$ 2.007.791.888,08	R\$ 2.127.789.755,90	R\$ 2.247.787.623,73	R\$ 2.487.783.359,38	R\$ 3.207.770.566,32
Variação		5,98%	11,95%	23,91%	59,77%
Quantidade de Beneficiários	3.936.106	4.112.430	4.288.753	4.641.400	5.699.342
Variação		4,48%	8,96%	17,92%	44,80%
Sinistralidade	92,80%	92,60%	92,41%	92,06%	91,21%

Fonte: Contribuições Unidas Autogestões em Saúde

Já se considerarmos a inclusão de mais de uma categoria profissional, as melhoras seriam mais modestas, variando entre 1 e 11% na melhora dos resultados operacionais, com queda máxima de 0,36 p.p. na sinistralidade e aumento de 325 mil beneficiários, no cenário mais otimista.

TABELA 10 – IMPACTO INCLUSÃO DE MAIS UMA CATEGORIA PROFISSIONAL

Categorias de Classe					
Demonstração do Resultado do Exercício	2023	Conservador (5%)	Neutro (10%)	Otimista (20%)	Extremamente Otimista (50%)
Contraprestações Efetivas	R\$ 27.890.697.720,95	R\$ 28.048.958.140,79	R\$ 28.207.218.560,62	R\$ 28.523.739.400,29	R\$ 29.473.301.919,30
Eventos Indenizáveis Líquidos	-R\$ 25.882.905.832,87	-R\$ 26.019.039.539,19	-R\$ 26.155.173.245,51	-R\$ 26.427.440.658,14	-R\$ 27.244.242.896,05
RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$ 2.007.791.888,08	R\$ 2.029.918.601,60	R\$ 2.052.045.315,11	R\$ 2.096.298.742,15	R\$ 2.229.059.023,25
Variação		1,10%	2,20%	4,41%	11,02%
Quantidade de Beneficiários	3.936.106	3.968.619	4.001.132	4.066.157	4.261.234
Variação		0,83%	1,65%	3,30%	8,26%
Sinistralidade	92,80%	92,76%	92,73%	92,65%	92,44%

Fonte: Contribuições Unidas Autogestões em Saúde

Por fim, a ampliação do grupo familiar, com inclusão de parentes de até 4º grau por consanguinidade ou afinidade, traria uma melhora do resultado operacional entre 1,6 e 16%, a depender do cenário considerado, com aumento de até 17,5% no total de beneficiários, mantendo-se a sinistralidade constante.

No cenário mais otimista teríamos um aumento de 690 mil beneficiários, com possibilidade de incremento de 1.381.242 de participantes com elegibilidade deduzindo os atuais dependentes.

TABELA 11 – IMPACTO AMPLIAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

Ampliação de elegíveis					
Demonstração do Resultado do Exercício	2023	Conservador (5%)	Neutro (10%)	Otimista (20%)	Extremamente Otimista (50%)
Contraprestações Efetivas	R\$ 27.890.697.720,95	R\$ 28.342.834.762,48	R\$ 28.794.971.804,00	R\$ 29.699.245.887,05	R\$ 32.412.068.136,21
Eventos Indenizáveis Líquidos	-R\$ 25.882.905.832,87	-R\$ 26.302.494.492,37	-R\$ 26.722.083.151,88	-R\$ 27.561.260.470,89	-R\$ 30.078.792.427,91
RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$ 2.007.791.888,08	R\$ 2.040.340.270,10	R\$ 2.072.888.652,12	R\$ 2.137.985.416,17	R\$ 2.333.275.708,30
Variação		1,62%	3,24%	6,48%	16,21%
Quantidade de Beneficiários	3.936.106	4.005.168	4.074.230	4.212.354	4.626.727
Variação		1,75%	3,51%	7,02%	17,55%
Sinistralidade	92,80%	92,80%	92,80%	92,80%	92,80%

Fonte: Contribuições Unidas Autogestões em Saúde

Considerando que fossem feitas todas as três flexibilizações teríamos 5.557.968 de incremento de participantes:

TABELA 12 – IMPACTO DE TODAS AS FLEXIBILIZAÇÕES

Todas as flexibilizações					
Demonstração do Resultado do Exercício	2023	Conservador (5%)	Neutro (10%)	Otimista (20%)	Extremamente Otimista (50%)
Contraprestações Efetivas	R\$ 27.890.697.720,95	R\$ 29.359.375.058,66	R\$ 30.828.052.396,37	R\$ 33.765.407.071,79	R\$ 42.577.471.098,06
Eventos Indenizáveis Líquidos	-R\$ 25.882.905.832,87	-R\$ 27.176.910.207,22	-R\$ 28.470.914.581,57	-R\$ 31.058.923.330,26	-R\$ 38.822.949.576,35
RESULTADO DAS OPERAÇÕES COM PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	R\$ 2.007.791.888,08	R\$ 2.182.464.851,44	R\$ 2.357.137.814,81	R\$ 2.706.483.741,53	R\$ 3.754.521.521,71
Variação		8,70%	17,40%	34,80%	87,00%
Quantidade de Beneficiários	3.936.106	4.214.004	4.491.903	5.047.700	6.715.090
Variação		7,06%	14,12%	28,24%	70,60%
Sinistralidade	92,80%	92,57%	92,35%	91,98%	91,18%

Fonte: Contribuições Unidas Autogestões em Saúde

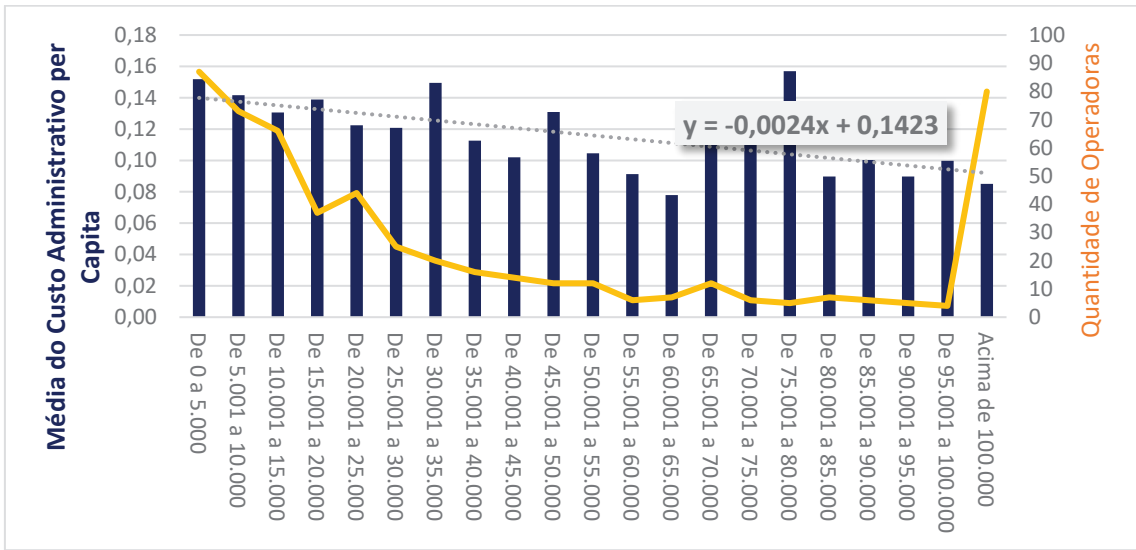
Importante destacar que, ainda que as projeções mantenham a ordem de grandeza dos indicadores avaliados, em todos os cenários houve algum tipo de melhora. Ademais, mesmo resultados aparentemente mais modestos podem trazer relevantes impactos no longo prazo, com ganhos de eficiência se acumulando ao longo do tempo.

Este mesmo estudo mostra que o total de beneficiários apresenta correlação negativa com a despesa administrativa per capita, ou seja, quanto mais beneficiários uma autogestão tem, menor é o custo administrativo de cada um deles.

O gráfico abaixo ilustra a relação entre o tamanho das operadoras de saúde, que estão organizadas em diferentes faixas (ou classes) de beneficiários, e o percentual médio da despesa administrativa associado a cada uma dessas faixas. No eixo horizontal, estão as categorias de número de beneficiários por operadora, que variam da classe de 0 a 5.000 beneficiários até a classe que abrange operadoras com mais de 100.000 beneficiários. No eixo vertical, podemos observar o percentual médio da despesa administrativa,

apresentado em porcentagem, para as operadoras de cada classe. O eixo secundário mostra a quantidade de operadoras em cada uma dessas classes.

FIGURA 60 – RELAÇÃO ENTRE PERCENTUAL DE DESPESA ADMINISTRATIVA E A QUANTIDADE DE VIDAS DA OPERADORA



Fonte: Contribuições Unidas Autogestões em Saúde

Por fim, uma população maior tende a suavizar a volatilidade dos resultados operacionais, conforme estabelecido pela Teoria do Risco, o que tende a beneficiar a modalidade, possibilitando absorver eventuais momentos de sinistralidade mais alta, sem comprometer sua liquidez.

8.2.2 Das demais contribuições

Outras operadoras apresentaram dados diversos e/ou outros pleitos:

- CETESB – Companhia Ambiental do Estado de São Paulo - Doc. SEI n.º 30518291

A CETESB informa que recebeu do Governo do Estado de São Paulo permissão para contratar por concurso público mais 224 empregados, totalizando um total de empregados de 1.893 e um aumento percentual estimado de 8% nas vidas. A idade média que compõe hoje o quadro de vidas é de 49 anos e a expectativa para os 224 novos empregados é de 37 anos na média.

- Fundação SANEPAR – Doc. SEI n.º 30576796

Quanto à ampliação pelo grau de parentesco, o público elegível poderia aumentar a quantidade de beneficiários do plano SaneSaúde em até 25%. O perfil etário contribuiria positivamente ao plano porque no cenário aplicado a concentração ficaria entre as faixas de 00 a 48 anos, estas faixas etárias possuem maior equilíbrio e na média suas receitas são superiores as despesas.

Quanto à possibilidade de entrada de um novo patrocinador, com base de dados do estudo de inclusão de novo patrocinador com objeto social diferente da patrocinadora principal: • Neste estudo foi avaliada a inclusão deste novo patrocinador sem relação ao objeto social da patrocinadora principal, neste cenário o número de beneficiários da Autogestão Fundação Sanepar poderia aumentar em até 13%; • O perfil etário desta carteira seria mais novo do que o perfil etário da atual massa da Operadora e poderia contribuir para a oxigenação da atual massa de beneficiários.

Nos dois estudos, a conclusão foi que a ampliação da massa de beneficiários do plano seria benéfica, pois, seriam incluídos beneficiários com perfil etário mais jovem que o atual cenário da Operadora, e a

expectativa seriam de melhora da sinistralidade considerando o perfil etário das massas observadas serem mais jovens que a atual pirâmide etária do plano.

- JUDICEMED – Doc. Sei n.º 30576898

Estima um aumento total de 55,57% no número total de beneficiários com uma taxa média esperada de sinistralidade de 70,15% em um período de 12 meses com as adesões no respectivo perfil etário esperado.

As bases técnicas e atuariais que nortearam o estudo foram: Novos beneficiários a serem incluídos pela Operadora: irmãos; sobrinhos; e bisnetos. Base de dados: cadastro de beneficiários posicionado em agosto/2024. Transição de Geração: idade média da mulher no primeiro filho de 25 anos. Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; • Taxa de Fecundidade Total: Região Sul do Brasil de 1940 a 2020, agrupada em classes de 10 anos. Fonte: IBGE – Projeção da População; Tábua de Sobrevivência: BR-EMS sb 2021 média; Estimativa de Adesão: 10% do público-alvo; Sinistralidade (S), calculada pela seguinte fórmula: $S = \text{despesas de assistenciais 12m} / \text{receitas de mensalidades 12m}$, onde as despesas assistenciais são líquidas de coparticipação.

- Associação Dos Auditores Fiscais Da Receita Estadual De São Paulo – AFRESP – Doc. Sei n.º 30577193

A expectativa percentual de aumento no número de beneficiários seria de 25,23%, considerando 18.372, o número de julho do plano alvo do estudo, e a entrada de 4.636 novos beneficiários.

Seria um público-alvo de 6.775 novos profissionais/ titulares, na esfera Estadual e na Municipal, identificados no Portal de Transparência do Governo com profissionais vinculados ao Fisco, como exemplo, Auditores, Agentes, Encarregados, Coordenadores, Analistas, Técnicos, Procuradores, Assessores e Secretários. Acrescido dos seus dependentes e agregados, até o 4º grau por afinidade, calcula-se um público-alvo de 81.300 pessoas. Sobre o público-alvo, consideramos como perspectiva de entrada a taxa de adesão, atuarialmente validada, de 4,77%.

A operadora apresenta dados: i) em relação à ampliação do grupo familiar com os novos aderentes do 3º e 4º grau, há a expectativa de acrescentar 760 pessoas; ii) em relação a ampliação de novas categorias profissionais é de 3.878 novos beneficiários, considerando a ampliação para outras carreiras do Fisco Estadual e para carreiras do Fisco Municipal, ambos com seus familiares. Através do Portal Transparência, identificou-se um público-alvo de 6.775 pessoas. Considerou-se que cada titular pode chegar a 40 parentes até 4º grau consanguíneo e 4º grau por afinidade, optamos por ser conservador e considerar somente 30% deste potencial, elegendo 12 pessoas para cada titular alvo. Com estas premissas chegamos a um público-alvo de 81.300 pessoas, entretanto, aplicando a taxa de adesão de 4,77%, chegando nas 3.878 pessoas. (6775 titulares x 12 pessoas por família x 4,77% taxa de adesão = 3.878 pessoas).

- APAS – Botucatu / Associação Policial De Assistência à Saúde de Botucatu – Doc. SEI n.º 30577246

A operadora cita uma expectativa de aumento percentual no número de beneficiários, com perfil etário esperado de 30 a 55 anos e sinistralidade de 80% ao passar a abranger polícia civil e guarda municipal.

- Associação dos Auditores Fiscais do Estado da Paraíba – AFRAFEP – Doc. SEI n.º 30577297

Caso houvesse a ampliação na elegibilidade que permitisse a união de várias categorias profissionais, permitindo a união entre a categoria profissional da AFRAFEP a outras categorias, o potencial de público elegível, segundo informações colhidas e numa análise preliminar quanto ao quantitativo de profissionais ativos teríamos: - Juizes de Direito no Estado da Paraíba: 233; Promotores de Justiça da Paraíba: 217; Procuradores Públicos: 68; Auditores do TCE: 106; Auditores da CGE: 119; Defensores Públicos:

198. - Somente essas categorias representariam, se assistidas por uma única autogestão (AFRAFEP), a possibilidade de 941 pessoas elegíveis, além dos seus familiares (dependentes). Ao imaginarmos um número conservador de 03 (três) dependentes por cada novo titular, ter-se-ia 2.823 possíveis novos beneficiários elegíveis na carteira da nossa Operadora de Saúde.

Considerando que de acordo com os dados disponibilizados pela ANS na Sala de Situação, a AFRAFEP tem 3.968 beneficiários, 2.823 pessoas elegíveis ao plano de saúde disponibilizado pela AFRAFEP representam 71,14% do total de beneficiários atuais da Operadora, em um cenário que crescer hoje é impossível pelas limitações regulatórias existentes, já que não há perspectiva de concurso público para os Auditores Fiscais do Estado da Paraíba e quando há o quantitativo de novos servidores é bem pequeno. Ademais, os números acima representariam apenas um ponto de partida, já que outras categorias com população mais volumosa poderiam manifestar interesse em serem assistidas por uma única autogestão, no caso, pela AFRAFEP, caso a ANS permitisse a autogestão de “categorias profissionais”.

Considerando o perfil etário esperado a maioria das pessoas das categorias profissionais citadas acima está na faixa etária de 54 a 58 anos e em algumas das categorias há muitos profissionais a faixa etária de 44 a 48 anos de idade.

Pontua que considerando o último estudo atuarial que a AFRAFEP recebeu da empresa de Consultoria Técnica Atuarial CTS CONSULTORIA TÉCNICA ATUARIAL E SERVIÇOS LTDA, a sinistralidade da Operadora (ano base: 2022) para a faixa etária de 54 a 58 anos, foi de 56,80%, enquanto para a faixa etária de 44 a 48 anos foi de 44,29%.

- ELOSAÚDE – Associação de Assistência à Saúde – Doc. SEI n.º 30577320

A operadora cita uma expectativa de aumento percentual no número de beneficiários de 61,45% com perfil etário esperado de 0 a 40 anos, mas devido ao exíguo prazo para os cálculos necessários não conseguiria determinar a sinistralidade esperada.

Cita ainda um aumento de 8,02% caso se amplie o grupo familiar para o quarto grau de parentesco por afinidade e de 53,44% na eliminação da correlação de atividades para patrocinador

- CAFAZ - Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais - Doc. SEI n.º 30577918

Em relação à ampliação pelo Grupo Familiar tem-se uma expectativa de aumento que varia de 7% a 70,60% (variando de um cenário conservador a extremamente otimista) e com uma sinistralidade esperada de 77,8%.

Quanto à ampliação referente à Categoria Profissional teria uma expectativa de aumento que varia de 5,02% a 50,01% (variando de um cenário conservador a extremamente otimista) e com a mesma sinistralidade esperada de 77,8%.

- CEMIG – Saúde – doc. Sei n.º 30578682

Em relação à ampliação pelo Grupo Familiar, a operadora espera um acréscimo de 20.370 vidas, incluindo parentes de 4º grau, o que representaria um aumento de 35,54% na carteira, com sinistralidade de 88,17%, apresentando um perfil etário esperado.

Em relação ao grupo econômico, espera-se um acréscimo de 20.900 (vinte mil e novecentas) vidas, o que representaria um aumento de 36,46% (trinta e seis virgula quarenta e seis por cento) na carteira da Cemig Saúde, com sinistralidade de 76,67%.

Em relação à correlação de atividades, prevê um aumento no número de beneficiários estimado em 4.500 (quatro mil e quinhentas) vidas, o que representaria um aumento de 7,85% (sete vírgula oitenta e cinco por cento) na carteira da Cemig Saúde.

- A Cooperativa de Assistência Médica dos Servidores da Suplan e do DER Ltda – COMSEDER – Doc. SEI n.º 30578719

Informa que caso se ampliasse o grupo familiar para o 4º grau por consanguinidade e afinidade. Caso aprovado há, de forma conservadora, uma possibilidade de incremento de 161 vidas, considerando que o cônjuge pode gerar 1,2 novos beneficiários. Ou seja, um incremento de 18% na quantidade atual de vidas. O público-alvo total estimado é de 642 vidas, porém de forma conservadora espera-se que 25% efetuem adesão aos planos da operadora.

Em 2024 a sinistralidade está em aproximadamente de 79,60%, com o incremento da carteira, predominantemente de jovens e adultos, espera-se reduzir esse indicador em 78,96%.

- A ASFEB – Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia - Doc. Sei n.º 30578934

A operadora não apresenta dados, mas pleiteia a ampliação do termo categoria profissional.

- Fundação CESP – Atual Vivest – Doc. Sei n.º 30578947

A operadora tomou como base as mesmas premissas que a Unidas, apresentando os dados relativos à estimativa de aumento esperada para sua carteira de 66% com alteração do perfil etário esperado ao reduzir a proporção de vidas alocadas na última faixa.

Demonstrando a seguinte sinistralidade:

- A. Carteira pré 92,15%
- B. Do grupo familiar para o quarto grau de parentesco por afinidade 83,11%
- C. Da eliminação da correlação de atividades para patrocinador 80,25%
- D. Carteira pré após entrada dos grupos (A, B e C combinados) 91,01%

- CAMED Saúde – doc. Sei n.º 30578963

Baseando-se nas premissas elencadas pela Unidas, a CAMED considera a possibilidade de aumento pela ampliação do grupo familiar variando de 7, 2% a 24%.

Em relação à ampliação por grupo econômico, informa que foi realizada uma simulação da adesão da mais recente empresa do Grupo Camed, a Camed Microcrédito, ao Plano Natural Emp. da Camed Saúde, uma vez que atualmente essa empresa não faz parte do plano, por não atender a requisitos estatutários. Considerou-se o total de profissionais que já utilizam um Plano Empresarial³ de outra operadora e a possibilidade de migração para o plano da Camed Saúde. Atualmente, a Camed Microcrédito conta com 5.386 funcionários inscritos em um plano de saúde paralelo. A simulação foi realizada em três cenários de adesão: conservador (50%), neutro (70%) e otimista (90%).

Nesses cenários, os aumentos seriam de 7,2%, 10,1% e 13% respectivamente, com uma sinistralidade esperada de 83%.

- Postal Saúde – Doc. Sei n.º 30584553

A operadora informa que para as estimativas ora solicitadas, optou por utilizar o aumento médio de beneficiários por faixa etária das modalidades de Operadoras de Planos de Saúde, excluídas as Autogestões e Filantropias, e aplicá-lo sobre a população mais recente do plano Correios Saúde II da Postal Saúde, que possui a maior massa da Operadora, com mais de 200mil beneficiários ativos.

Espera-se um aumento de 11.406 vidas, com maior diluição do perfil etário esperado nas faixas de 34 a 38 anos e 39 a 43 anos.

Informa ainda que a Mantenedora desta Postal Saúde não teria interesse em subsidiar a mensalidade dos novos beneficiários elegíveis nos moldes propostos (3º e 4º grau de parentesco por afinidade e categorias profissionais). Desta forma, estimou-se que os 11.406 novos beneficiários projetados teriam de arcar com a mensalidade integral, adotando os valores atuais de teto de mensalidade por faixa etária.

Quanto à sinistralidade, destaca a Postal Saúde conta com apenas planos pós-estabelecidos de custo operacional, em que o custo assistencial é repassado à pessoa jurídica contratante, sendo a mantenedora para esta Operadora. Assim sendo, a avaliação da sinistralidade se tornaria pouco cabível, visto que deve se manter de forma similar e o acréscimo de vidas acaba por impactar mais na proporção de custeio da mantenedora em relação ao beneficiário. Contudo, apresentamos abaixo o histórico de 2023 até agosto/2024 que hoje é de 91,65%.

- CASSI – Caixa dos Funcionários do Banco do Brasil – Doc. Sei n.º 30584716

A proposta de expansão dos vínculos familiares para incluir parentes de até 3º e 4º graus amplia significativamente a base potencial de novos participantes. Neste cenário, a estimativa inicial sobe para 100 milhões de pessoas. Após os mesmos ajustes aplicados no modelo anterior (eliminação de vínculos duplos e correção das taxas de fecundidade), o número final de potenciais participantes é de 50 milhões. Utilizando a mesma metodologia financeira, com base na POF, e considerando que 6,11% da população brasileira teria condições de arcar com os custos de um plano de saúde, o número de elegíveis chega a 3 milhões de pessoas. Ao descontar os dependentes já inclusos, o número final de novos participantes seria de 2.8 milhões.

Na análise da sinistralidade esperada por faixa etária dos potenciais participantes, verifica-se que, diferentemente de uma visão empírica consolidada dentro do mercado de saúde, a faixa etária com maior sinistralidade esperada é a de 0 a 18 anos. Esse comportamento é, em parte, influenciado pelos tratamentos voltados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), que têm seus impactos amplamente discutidos em debates mais recentes no mercado de saúde suplementar.

Num cenário otimista, com a inclusão de 50% dos 708 mil participantes elegíveis, a sinistralidade esperada seria reduzida para 84,88%, refletindo um impacto positivo significativo na redução dos custos assistenciais. No cenário provável, com a inclusão de 30% dos participantes, a sinistralidade esperada seria de 85,27%, ainda indicando uma melhoria, embora de forma mais moderada. Já no cenário conservador, com a inclusão de 10% dos participantes, a sinistralidade esperada seria ajustada para 85,82%, refletindo uma redução mais tímida, mas ainda contribuindo para o equilíbrio financeiro dos planos de participantes.

- Luminar Saúde – Doc. Sei n.º 30584742

Cita uma expectativa de aumento de 96% e sinistralidade esperada de 88%.

- Associação dos Docentes da Universidade Federal de Pernambuco / ADUFEPE Saúde – Doc. Sei n.º 30584793

A Adufepe Saúde iniciou sua operação a pouco mais de 12 meses e está constituindo sua carteira. Projeções iniciais, considerando a regra atual, apontam para um potencial de aproximadamente 2.300 vidas. Considerando a ampliação da regra de parentesco para 4º grau de consanguinidade e afinidade o potencial de vidas ampliaria para 2.811 vidas. (511 vidas a maior).

Espera-se um aumento percentual no número de beneficiários de 22,2%, com perfil etário esperado de maior aumento nas faixas iniciais e sinistralidade esperada de 82,15%.

- Fundação Libertas – Doc. Sei n.º 30584848

Apresenta estudo com as seguintes premissas:

- a. A partir da meta de atingimento de adesão de 20.000 participantes no plano Previdencial, traçamos cenários de 5% (conservador), 10% (neutro) e 35% (otimista) de adesões ao plano assistencial.
- b. Haja vista que a meta de adesão de 20.000 participantes corresponde tanto a participantes e dependentes no plano previdencial, consideramos o mesmo critério para o público-alvo de beneficiários e dependentes no plano assistencial.
- c. Como premissa de despesa per capita e perfil etário adotado em cada cenário foi utilizado os números de um produto da Libertas com perfil etário mais homogêneo, plano Libertas Nacional;
- d. Para fins de análise de impacto pós adesões, realizamos uma análise comparativa dos números observados no exercício de 2023, em comparação com os números acrescidos de adesões, ou seja, caso as adesões tivessem ocorrido no exercício de 2023.

Verifica-se um aumento potencial da massa total de beneficiários de 16% no cenário conservador, 31% no cenário neutro e 109% no cenário otimista.

Quanto ao perfil etário esperado, as novas adesões contribuem para a renovação da massa de beneficiários, especialmente nas faixas etárias mais avançadas. Observa-se que o aumento nas adesões contribui para a redução da sinistralidade que variaria de 93% para 77,61%, uma vez que há uma diminuição do custo per capita do plano.

- GEAP Autogestão em Saúde – Doc. SEI n.º 30584903

Quanto à flexibilização das correlações entre patrocinadores ou mantenedores, haveria uma expectativa de aumento que varia de 4,48% a 17,92% mas sem muita variação no perfil etário, com sinistralidade que não variaria muito chegando à 90,40%.

Quanto à ampliação do grupo familiar, haveria uma expectativa de aumento que variaria menos, de 1,75% a 7,02%, mas sem muita variação no perfil etário, com sinistralidade que variaria de 91,09% a 90,80%.

Algumas autogestões destacaram ainda:

- Assefaz

“Acresça-se, ainda, que não é meta da Assefaz receber muitas empresas, caso a norma seja alterada. Caso seja, os estudos de ampliação e impactos serão realizados de maneira gradativa e conservadora, com cautela para manutenção da garantia das exigências regulatórias vigentes, como a gestão participativa e ativos garantidores, e com a finalidade perene de continuar garantindo uma assistência à saúde com qualidade e segurança aos beneficiários. Além das contribuições acima, registra-se que a Assefaz ratifica todo o estudo e os pontos encaminhados pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS à ANS, entidade representativa a qual a Assefaz é filiada.”

Algumas operadoras como a Itaipu Binacional, Sameisa Saúde, Saúde Petrobrás, CABESP entenderam não haver impacto regulatório quanto às alterações pretendidas. A Saúde Petrobrás reiterou, no entanto, a necessidade de definição de grupo econômico para os efeitos pretendidos pela norma:

“Reiteramos a importância de a ANS trazer a definição expressa do conceito de grupo econômico para fins regulatórios, mantendo a previsão expressa na norma no sentido de que os patrocinadores ou mantenedores devem participar da administração superior do plano de saúde, na forma prevista em seu respectivo estatuto social. Ademais,

sugerimos que essa Agência Reguladora admita a possibilidade das autogestões serem mantidas por mais de uma empresa mantenedora.”

Visando ampliar a discussão para os demais setores envolvidos, como os contratantes de planos coletivos, foram feitas reuniões com entidades que representam os empregadores:

- FIESP SP
- Fundação Zerrener – Doc. SEI n.º 30500876

A Fundação Zerrener – Fundação Antônio e Helena Zerrener, entidade de beneficência sem fins lucrativos, cogestora da Ambev no Brasil também se manifestou no processo citando a consolidação do mercado em grandes conglomerados e diminuição do poder de barganha dos contratantes.

“Há alguns anos temos observado uma forte tendência de movimentação dos grandes atores no sentido de consolidações (Hospitais ampliando suas redes e promovendo fusões e aquisições / Operadoras verticalizadas realizando fusões e aquisições / Clínicas e laboratórios realizando fusões e aquisições). Mais recentemente temos visto ainda uma forte tendência de consolidação entre diferentes setores de saúde (Hospitais com Operadoras / Operadoras com Laboratórios + Hospitais / Join ventures entre Hospitais e Operadoras etc). Nosso objetivo não é de forma alguma objetar, criticar ou afirmar que essas movimentações são indevidas, entretanto, torna-se claro que este processo tornará os prestadores de serviços de saúde ainda mais fortes na cadeia, diminuindo o poder de barganha e concorrência.”

Observa-se, portanto, a necessidade de reequilíbrio de forças com a possibilidade de reunir diferentes contratantes com objetivos em comum:

“Observamos, por oportuno, que dentre todos os atores do sistema de saúde suplementar o único que não tem se movimentado no sentido da concentração é o Contratante. Nesse passo entendemos que haveria oportunidade também para que o Contratante pudesse exercer sua concentração, em especial com a possibilidade de criação de Instituição de Auto Gestão Multipatrocinada (sem fins lucrativos) que pudesse congregiar diferentes contratantes com o mesmo objetivo comum. Entendemos que a união destes contratantes (re)equilibraria o sistema permitindo fazer frente ao poder econômico dos grandes grupos.”

Entende que tal medida poderia garantir os seguintes benefícios:

“Com a congregação de diferentes contratantes haverá, em muitas regiões, grande sobreposição de beneficiários permitindo a viabilidade econômica de desenvolvimento de serviços de Atenção Primária à Saúde de forma coordenada, bem como o desenvolvimento de linhas de cuidado próprias e referenciadas. Com uma população representativa e serviços de APS próprios ou referenciados é possível o desenvolvimento de prontuários eletrônicos de saúde que permitirão o acompanhamento longitudinal das linhas de cuidado da população assistida. Entendemos que há muitas outras sinergias assistenciais e econômicas que justificam a criação de uma instituição de Auto Gestão Multipatrocinada e, caso haja interesse, nos colocamos à disposição apoiar e apresentar nossos estudos.”

- ABRAPP – Associação Brasileira de Entidades Fechadas de Previdência Fechada

A Associação apresenta estudos referentes aos impactos da eliminação da correlação de atividades para patrocinadores nas entidades de previdência da Fundação Celesc e da Agros. Em síntese, alega que

as restrições atuais limitam as operadoras de autogestão ao atendimento exclusivo de patrocinadoras, solicitando permissão para ampliação do público-alvo a outros segmentos, como instituições e entidades afins vinculadas como Instituidores da área previdenciária – Anexo II do presente relatório.

- IBA – Instituto Brasileiro de Atuária

Também foi feita reunião com o IBA – Instituto Brasileiro de Atuária e seu Comitê que trata das Autogestões (Doc. Sei n.º 30890644). Na reunião foi apresentado pela equipe técnica da ANS, o histórico do processo de ARR e Tomada Pública de Subsídios para os normativos que tratam das autogestões e os próximos passos a serem tomados pela agência. Também foram elencados os desafios para mensurar os impactos das alterações possíveis para o mercado.

CAPÍTULO 9

MAPEAMENTO DA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL QUANTO ÀS MEDIDAS ADOTADAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO

A experiência internacional junto aos países da OCDE tem demonstrado que a melhoria regulatória contribui para o bom desempenho dos governos e da economia:

- Acirramento da concorrência
- Estímulo à inovação
- Criação de empregos
- Aumento da produtividade
- Queda do nível de preços
- Aumento da qualidade dos produtos
- Aumento da competitividade
- Incentivo ao empreendedorismo
- Redução da economia informal³⁶

No entanto não é comum se encontrar internacionalmente operações similares a das autogestões no Brasil, com as limitações impostas atualmente pela regulação, não havendo distinção regulatória relevantes entre as modalidades de prestadores de assistência à saúde, destacando-se que o modelo brasileiro da saúde suplementar, em que a cobertura oferecida é bastante ampla e determinada pelo órgão regulador, sem limite de gastos, é raramente observada. D

No âmbito nacional, temos a experiência da Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc)³⁷ que regula as Entidades de Previdência Complementar Fechada (EFPC). As EFPCs estão estruturadas sob a forma de Fundação ou Sociedade Civil, sem fins lucrativos, com a finalidade de administrar planos de previdências criados pelas empresas (patrocinadoras) para seus empregados (participantes); ou por entidades classistas ou setoriais (instituidores) para os seus associados, denominados de participantes quando aderem ao plano de previdência (BRASIL, 2001). As EFPCs administram planos individuais ou coletivos de previdência, cujo acesso é restrito a grupos específicos de empregados (participantes) e empregadores (patrocinadores), com ambos contribuindo para o plano de previdência; ou com vínculo associativo com entidades representativas, situação que em geral o participante é o único contribuinte para o plano (BRASIL, 2001). A Lei ainda estabelece que as entidades

36 Ver apresentação sobre Análise de Impacto Regulatório – Presidência – Kélvia Albuquerque – link: file:///C:/Users/ans/Downloads/kelvia-apre-air-brasil_kelvia_5-05-2017.pdf
37 A Superintendência Nacional de Previdência Complementar – PREVIC é uma entidade classificada como autarquia, de natureza especial, que tem vínculo com o Ministério da Fazenda – MF, e atua em todo o Brasil (PREVIC). Criada com a Lei nº 12.154, de 23 de dezembro de 2009, atua fiscalizando as Entidades Fechadas de Previdência Complementar – EFPC. Antes da criação da PREVIC, as atividades 13 desempenhadas por ela eram de competência da Secretaria de Previdência Complementar – SPC, ligada ao Ministério da Previdência Social.

que prestavam serviços assistenciais podem continuar a fazê-lo desde que seja estabelecido um custeio específico³⁸.

Hoje, as EFPCs que operam benefícios de assistência à saúde são classificadas como autogestões e tem sua atividade supervisionada por normas conjuntas da PREVIC e ANS - RESOLUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA ANS-PREVIC Nº 1, de 2023.

As similaridades entre as EFPCs e as demais autogestões não se resumem à sua origem ou ao grupo fechado de beneficiários. A figura do patrocinador ou instituidor também aparece nas EFPCs que podem ser multipatrocinadas quando são compostas por mais de um patrocinador ou instituidor³⁹, que pode ser público ou privado⁴⁰.

Em termos de estrutura, também temos algumas semelhanças. No entanto, as regras de estrutura de governança são trazidas pelo marco regulatório legal. A LC n.º 109, de 2001 determina que as EFPCs devem manter estrutura mínima composta por Conselho Deliberativo (instância máxima), Conselho fiscal (controle interno) e Diretoria-executiva (administração). Também determina regras de composição e paridade entre participantes nesses órgãos⁴¹, além de requisitos mínimos para qualificação de seus membros⁴².

De forma semelhante ao que ocorre com as operadoras de plano na Saúde Suplementar, todos os critérios de constituição dessas entidades devem ser observados não só quando dada autorização de funcionamento no licenciamento⁴³ para atuação da EFPC, mas também durante o exercício de suas atividades⁴⁴, sendo submetidos ao licenciamento da Previc: o estatuto da EFPC, o regulamento do plano de benefícios e o convênio de adesão de patrocinador ou instituidor, bem como todas as alterações efetuadas nesses instrumentos.

Aqui cabe pontuar uma característica diferenciada dos 2 setores pois uma vez concedida a autorização, nas EFPC as principais alterações estatutárias demandam autorização prévia do regulador, ao contrário do que ocorre na saúde suplementar em que as alterações são informadas à ANS e, na eventualidade de identificação de desconformidades, podem ser revertidas.

Nesse contexto, o estatuto é o instrumento que estabelece a estrutura mínima de organização e de gestão da EFPC. As atribuições, a composição e a forma de acesso aos órgãos estatutários, bem como a duração e o término do mandato de seus membros, devem ser definidos de modo claro, não se admitindo cláusulas genéricas.

Quanto à participação na gestão da entidade, os participantes e assistidos têm o direito de compor os conselhos deliberativo e fiscal, devendo ser paritária a representação nas EFPC que apresentem patrocínio majoritariamente público e de, no mínimo, um terço das vagas, nas EFPC com predomínio de patrocínio

38 Art. 76. As entidades fechadas que, na data da publicação desta Lei Complementar, prestarem a seus participantes e assistidos serviços assistenciais à saúde poderão continuar a fazê-lo, desde que seja estabelecido um custeio específico para os planos assistenciais e que a sua contabilização e o seu patrimônio sejam mantidos em separado em relação ao plano previdenciário.

39 Essa forma de organização de várias empresas patrocinadoras tem por objetivo redução de custos, especialização de equipes técnicas, qualidade de produtos e serviços, customização às políticas de recursos humanos das empresas e, principalmente, redução de custos em função do aumento de escala (ABRAPP, 2020).

40 O segmento de EFPC do setor privado se caracteriza pelo vínculo exclusivo com empresas do setor privado que contribuem para o plano de previdência. Enquanto as EFPCs do segmento instituidor são caracterizadas pelo vínculo com entidades associativas, em geral sem contribuição patronal para plano de previdência. O segmento do setor público é composto por EFPC vinculadas com entidades com predomínio da participação do setor público (BRASIL, 2001).

41 Art. 35 da LC n.º 109, de 2021. As entidades fechadas deverão manter estrutura mínima composta por conselho deliberativo, conselho fiscal e diretoria-executiva. § 1º O estatuto deverá prever representação dos participantes e assistidos nos conselhos deliberativo e fiscal, assegurado a eles no mínimo um terço das vagas. § 2º Na composição dos conselhos deliberativo e fiscal das entidades qualificadas como multipatrocinadas, deverá ser considerado o número de participantes vinculados a cada patrocinador ou instituidor, bem como o montante dos respectivos patrimônios.

42 Art. 35 da LC n.º 109, de 2021. § 3º Os membros do conselho deliberativo ou do conselho fiscal deverão atender aos seguintes requisitos mínimos: I - comprovada experiência no exercício de atividades nas áreas financeira, administrativa, contábil, jurídica, de fiscalização ou de auditoria; II - não ter sofrido condenação criminal transitada em julgado; e III - não ter sofrido penalidade administrativa por infração da legislação da seguridade social ou como servidor público. § 4º Os membros da diretoria-executiva deverão ter formação de nível superior e atender aos requisitos do parágrafo anterior.

43 O licenciamento é o conjunto de processos de autorização prévia que verifica os requisitos condicionantes para a aprovação dos textos regulamentares, estatutários e de adesão aos planos de benefícios (Guia Previc).

44 A autorização prévia não afasta a prerrogativa do órgão supervisor de aferir posteriormente se os instrumentos autorizados e sua aplicação se coadunam com a legislação e com os padrões mínimos de segurança econômico-financeira e atuarial para os planos de benefícios, adotando, quando cabível, os demais instrumentos de supervisão previstos para fins de sua adequação. (Guia Previc)

privado. Nesse sentido, os procedimentos de escolha dos representantes dos participantes e assistidos devem ser estabelecidos em instrumento próprio e divulgados aos representados de modo a conferir transparência a todo o processo, não devendo ser objeto de matéria estatutária.

O Guia Previc sobre as Melhores Práticas de Licenciamento ainda recomenda a inserção de cláusula no estatuto que disponha sobre a possibilidade de criação de comitês de plano, de investimento, de risco, de auditoria, dentre outros, remetendo para o regimento interno ou instrumento similar o estabelecimento das regras para o funcionamento dessas instâncias, sobretudo no caso de EFPC com estrutura multiplano ou multipatrocínio, considerando também seu porte e complexidade, a fim de melhor representar a diversidade dos interesses envolvidos.

No mesmo sentido, o Guia Previc sobre as Melhoras Práticas de Governança ainda recomenda que as EFPC multipatrocinadas e multiplanos, particularmente aquelas que administram planos patrocinados por empresas de segmentos econômicos distintos ou com múltiplos instituidores, promovam ações de corresponsabilidade dos dirigentes e conselheiros com as patrocinadoras e instituidores. A entidade poderia então estabelecer comitê gestor para um ou mais planos de benefícios, para acompanhamento e compartilhamento das decisões e responsabilidades de sua gestão, respeitadas as competências dos órgãos estatutários.

Num paralelo entre os setores de previdência e saúde, temos que os impactos das mudanças demográficas ocorridas ao longo das últimas quatro décadas, decorrentes de crescimento da expectativa de vida e redução da taxa de fecundidade também afetam os planos de previdência, pois conduzem ao aumento da razão de dependência de idosos, com a estimativa de redução de número de contribuintes e aumento do número de beneficiários (Lima, 2022).

A gestão do sistema previdenciário está cada vez mais complexa em função de diversos fatores, como o crescimento na expectativa de vida das pessoas que compõem os planos; a redução da massa de contribuições devido à queda do nível de emprego formal; aos mercados financeiros instáveis; e ao crescimento dos riscos associados a todos os tipos de negócios (Josediton Alves Diniz, 2017).

Em linhas gerais, o que se verifica é que essa atividade também sofre com a restrição do grupo e será diretamente influenciado pela qualidade de sua gestão. Uma mudança relativamente recente na regulamentação da PREVIC refletiu a necessidade de melhor regulamentação desses aspectos. Trata-se da Resolução CNPC Conselho Nacional de Previdência Complementar n.º 54, de 2022, que dispõe sobre a instituição dos planos de benefícios por Instituidor.

O instituidor é a pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que oferecer plano de benefícios previdenciários aos seus associados. De acordo com a norma, podem ser instituidores: I - os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; II - os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; III - as cooperativas, suas centrais e confederações; IV - as associações profissionais, legalmente constituídas; V - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar - Previc.

A nova regra trouxe maior clareza para a autorização de constituição de EFPC por instituidor deixando como alternativa à condição de instituidor ser autorizado pela PREVIC.

Importante destacar que nas EFPCs a elegibilidade não está relacionada a condições específicas do participante, mas à associação dele aos órgãos e entidades que regulam/orientam sua atividade profissional. No entanto, os critérios da autorização da constituição de entidade por instituidor são mais restritos, bem como os critérios para participação na gestão como vimos anteriormente.

Em relação ao ingresso e saída de patrocinadores, a Resolução CNPC/MPS n.º 59, de 2023 regulamentou a retirada de patrocínio, estabelecendo as obrigações do patrocinador como a necessidade de apresentação, pela patrocinadora, de declaração atestando (i) cumprimento do regulamento do plano de benefícios, do convênio de adesão e do estatuto da entidade; (ii) o cumprimento das obrigações previdenciárias assumidas em acordos decorrentes de reestruturação societária, programas de desestatização, acordos e convenções de trabalho; e (iii) inexistência de impedimentos contratuais ou legais (art. 5º, III).

Sobre esse aspecto a norma ainda dispõe que a insuficiência patrimonial poderá ser equacionada de forma exclusiva ou majoritária pelo patrocinador que se retira, a critério deste, sem observância das regras pertinentes à individualização da insuficiência, contanto que a medida seja favorável aos participantes e assistidos (art. 7º, §§6º e 7º). A Resolução deixa claro, todavia, que tal dispositivo não se aplica ao patrocinador sociedade de economia mista ou empresas controladas direta ou indiretamente pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, de que trata a LC nº 108/2001.

CAPÍTULO 10

IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA EDIÇÃO, DA ALTERAÇÃO OU DA REVOGAÇÃO DO ATO NORMATIVO

No âmbito da AIR, que se apresenta como processo sistemático de análise destinado a orientar e subsidiar a tomada de decisão, os riscos atrelados ao problema regulatório e às opções de ação do regulador são elementos importantes para a tomada de decisões consistentes e atentas ao contexto regulado⁴⁵.

No presente trabalho buscou-se identificar os efeitos e riscos a partir de cada um dos objetivos específicos associados ao problema regulatório, com base nas alternativas de solução já elencadas:

- **Riscos na abertura do quadro associativo:** não há dúvidas que abertura do quadro associativo oxigenaria a carteira dessas operadoras e que isso seria possível aumentando a amplitude do quadro associativo da autogestão. No entanto, as características de um grupo fechado precisam ser mantidas de forma a não descaracterizar a modalidade, que deixaria de ser uma autogestão e se caracterizaria como operadora de outra modalidade, por ex. Medicina de Grupo.
- **Riscos à qualidade da assistência prestada:** Por trabalhar com população predeterminada e, portanto, com menor rotatividade de permanência, é possível à autogestão investir com mais eficiência na atenção à saúde de seus beneficiários, formatando planos moldados às suas necessidades, aproveitando melhor investimentos financeiros e, por conseguinte, alcançando melhores resultados quanto à qualidade da atenção despendida aos usuários. Nessa modalidade, por estar totalmente focada no cuidado à saúde de determinado público, operacionalizaria com maior agilidade do que os planos ofertados no mercado as alterações que se fizessem necessárias para o aperfeiçoamento dos cuidados⁴⁶.
- **Risco de assimetria de representatividade na unificação de categorias que poderiam constituir uma única autogestão:** unificação de uma ou mais categorias profissionais também tem como objetivo ampliar a elegibilidade do grupo abrangido pela autogestão, mas mantendo a identidade e/ou afinidade entre os seus membros. Categorias mais fortemente representadas não poderiam se sobrepor a outras abrangidas pela autogestão, devendo a representação ser paritária para que não haja o beneficiamento de uma categoria em detrimento de outra(s).
- Risco das formas de participação dos beneficiários implementadas não serem efetivas: ampliação da elegibilidade bem como a eliminação de barreiras à vinculação entre patrocinadores e beneficiários deve ser atrelada à garantia de participação efetiva desses na gestão da operadora. Não se pode perder de vista que a finalidade das regras que delimitaram o grupo e vincularam patrocinadores e

45 BRASIL. Agência Nacional de Aviação Civil. Guia para Gerenciamento de Risco da Aviação (SGSO na Prática). Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.anac.gov.br/assuntos/paginas-tematicas/segurancaoperacional/biblioteca-safety/manuais-guias-e-cartilhas>.

46 Dutra, Ob. cit. Pag. 94.

beneficiários era garantir a afinidade e representatividade de seus interesses na administração do plano, sendo essa a natureza que distingue a modalidade das demais operadoras. As alterações propostas não podem levar a uma participação pro forma ou participação nenhuma, portanto, a gestão da operadora deverá se responsabilizar pela efetiva participação dos beneficiários a depender do grau de mobilização dos grupos interessados.

- Risco de criação de falsas autogestões ou autogestões abertas: Com um estímulo a formar autogestões viáveis do ponto de vista atuarial, mas fluidas do ponto de vista do vínculo associativo, podem surgir “falsas autogestões”, assim como hoje se fala nos “planos falso coletivos”. As alterações propostas buscam, portanto, ampliar a elegibilidade, mas delimitando algumas características dessa ampliação e vinculando à participação efetiva na gestão. Dependendo do grau de subjetividade dado para essa alternativa há risco de que o “grupo fechado” a ser abarcado por uma autogestão seja tão amplo que, na prática, se torne um “grupo aberto”.
- Riscos de pouca capacidade de monitoramento da atuação das Autogestões pela ANS: o monitoramento das características que definem a modalidade é feito na análise do pedido de autorização de funcionamento, nas alterações cadastrais solicitada e nas denúncias recebidas pela ANS acerca da atuação dessas operadoras. Apesar de penalidades específicas na RN 489, de 2022, ainda são poucas as penalidades aplicadas em razão de desconformidade no ingresso de beneficiários nessas operadoras⁴⁷. Mesmo com o incremento das atividades de atualização cadastral promovido pela DIOPE, restam dúvidas se teremos capacidade efetiva de monitoramento da efetividade das regras alteradas, embora haja forte redução da subjetividade relacionada a conceitos indeterminados na norma tornando mais transparentes e objetivos os critérios que norteiam a caracterização de uma autogestão.
- Risco de concentração de rede hospitalar: melhoria no oferecimento de redes locais pela possibilidade das autogestões contratarem com outras operadoras pode levar a uma concentração de redes regionais;
- Risco no gerenciamento de sua rede de prestadores: as autogestões estão obrigadas a contratar e administrar diretamente a rede de prestadores de seus beneficiários, cabendo a terceirização somente fora do município sede. Isso se dá pela relação direta entre a autogestão com os tomadores de serviço, o que lhe permitiria melhor gerir os cuidados relacionados aos seus beneficiários.
- Riscos operacionais: aumento na demanda de processos para análise de atualização cadastral por parte da ANS.
- Risco de insegurança jurídica: como dito anteriormente, a manutenção de conceitos indeterminados presentes no regramento atual gera insegurança jurídica sobre sua aplicabilidade, com a possibilidade de decisões divergentes e/ou conflitantes sobre os agentes regulados.

Esses riscos foram classificados quanto à probabilidade de ocorrência e quanto aos possíveis impactos por meio de uma matriz de risco. Consideramos então, como de Probabilidade baixa: pode ser que não ocorra em 5 anos. Probabilidade média: pode ser que ocorra dentro de 2 a 3 anos. Probabilidade alta: pode ser que ocorra no primeiro ano de implementação da norma. Impacto baixo: consequências reversíveis em curto e médio prazo com custos pouco significativos. Impacto médio: consequências reversíveis em curto e médio prazo com intervenção da ANS. Impacto alto: consequências reversíveis em curto e médio prazo com necessidade de nova alteração normativa.

O resultado é apresentado no Quadro a seguir:

⁴⁷ Ao longo dos anos, não tivemos nenhuma aplicação de penalidade realizada pelos artigos Art. 21. (Ofertar produto bloqueado ou em extinção de entidade de autogestão), art. 22 (Ofertar produto ativo à beneficiário distinto do grupo restrito da modalidade autogestão) e art. 23 (Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor) da RN n.º 489/22.

■ QUADRO 14 – MATRIZ DE RISCOS

	IMPACTO BAIXO	IMPACTO MÉDIO	IMPACTO ALTO
PROBABILIDADE BAIXA	X	X	X
		Risco de assimetria de representatividade na unificação de categorias que poderiam constituir uma única autogestão.	Risco de pouca capacidade de monitoramento pela ANS. Risco à qualidade da assistência prestada
PROBABILIDADE MÉDIA	X	Risco de criação de falsas autogestões. Risco de concentração de rede hospitalar. Riscos operacionais.	Risco de as formas de participação dos beneficiários implementadas não serem efetivas.
PROBABILIDADE ALTA	X	X	Riscos de assimetria de representatividade na abertura do quadro associativo:

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO 11

METODOLOGIA ESCOLHIDA E JUSTIFICATIVA PARA SUA ESCOLHA

Embora, de modo geral, seja recomendada a quantificação ou monetização dos custos e benefícios das opções de tratamento regulatório, nem sempre isso é possível, seja pelas características desses fatores ou pela ausência de informações que permitam a quantificação. No presente caso, os impactos das opções de tratamento regulatório são qualitativos, justificando assim a utilização da Análise Multicritério, a qual “Consiste na comparação de alternativas considerando seu desempenho à luz de diversos critérios relevantes. Cada critério recebe uma pontuação e uma ponderação de acordo com sua contribuição esperada para a obtenção dos objetivos definidos” (BRASIL, Casa Civil da Presidência de República, 2018).

A aplicação dessa metodologia visa identificar o melhor tratamento regulatório para garantir a sustentabilidade dessa modalidade de operadora, dentro das suas especificidades e características definidoras, relativamente aos dispositivos que demandam ação do ANS para que não sejam barreira à atuação das autogestões.

Ela permite incorporar à análise, além de aspectos técnicos e econômicos, os aspectos sociais, políticos ou ambientais, cujos impactos podem ser de difícil mensuração, mas que têm relevância para os objetivos desejados. Também permite definir e explicitar, de forma objetiva e transparente, os critérios que serão aplicados para comparar as alternativas de ação possíveis, mesmo que esses critérios sejam qualitativos. Por fim, ela possibilita, ainda, agregar questões distributivas à análise⁴⁸.

Assim escolhemos a Analytic Hierarchy Process (AHP) que é a metodologia de tomada de decisão multicritério, mais frequentemente utilizada em situações em que há diversos critérios não correlacionados a serem considerados e avaliados, atribuindo-lhes valores que os tornam objetivamente comparáveis, reduzindo substancialmente o caráter subjetivo das decisões a serem tomadas, sobretudo por deixar exposto cada critério utilizado e seu grau de importância para o enfrentamento do problema regulatório auxiliando a tomada da decisão. A ideia central é a redução do estudo de sistemas a uma sequência de comparações aos pares. Segundo Vieira (2006)⁴⁹, o método está construído sobre três princípios:

1. construção de hierarquias: um problema complexo geralmente requer a estruturação dos critérios em uma hierarquia, por ser um procedimento natural do raciocínio humano. O método AHP permite a estruturação dos critérios, sendo a estruturação em árvore

48 Um dos pontos muito discutidos nesse método é o nível de subjetividade utilizado na pontuação e na ponderação dos critérios utilizados para a análise das alternativas. Contudo, a análise de sensibilidade contribui para minimizar a subjetividade da metodologia. (ver link: https://antigo.aneel.gov.br/pt/web/guest/consultas-publicas?p_p_id=participacaopublica_WAR_participacaopublicaportlet&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&participacaopublica_WAR_participacaopublicaportlet_id=Documento=48025&participacaopublica_WAR_participacaopublicaportlet_tipoFaseReuniao=fase&participacaopublica_WAR_participacaopublicaportlet_jspPage=%2Fhtml%2Fpp%2Fvisualizar.jsp)

49 Vieira, G.H. (2006), Análise e comparação dos métodos de decisão multicritério AHP Clássico e Multiplicativo, Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Tecnológico de Aeronáutica, São José dos Campos, SP.

a mais utilizada, na qual o critério de mais alto nível é decomposto a níveis mais detalhados.

2. definição de prioridades: tais prioridades são definidas a partir de comparações par a par dos elementos, à luz de determinado critério.

3. consistência lógica: o método permite, por meio da proposição de índices, avaliar a consistência da definição de prioridades, ou seja, é capaz de verificar a consistência dos julgamentos.

Segundo (Gomes et al., 2004), o Apoio à Decisão Multicritério é um processo que pode ser interpretado como a sequência das seguintes etapas: (i) identificar os decisores; (ii) definir as alternativas; (iii) definir os critérios relevantes para o problema de decisão; (iv) avaliar alternativas em relação aos critérios; (v) determinar a importância relativa dos critérios; (vi) realizar a avaliação de cada alternativa; (vii) analisar globalmente o conjunto das alternativas; e (viii) elaborar as recomendações a serem seguidas. As três primeiras etapas são conhecidas como fase de estruturação do problema de decisão, que busca identificar, caracterizar e organizar os fatores considerados relevantes no processo de apoio à decisão; as quatro etapas seguintes compõem a fase de avaliação, que tem como objetivo a aplicação de métodos multicritério para apoiar a análise das preferências e a sua agregação; e a oitava fase se refere à recomendação dos cursos de ação a serem seguidos⁵⁰.

11.1 Definição dos critérios e seu grau de importância

A partir da escolha das alternativas regulatórias descrita nos itens anteriores, é necessário fazer uma comparação entre elas para selecionar aquela mais adequada ao enfrentamento do problema regulatório identificado.

Foram analisadas 4 (quatro) alternativas, sob a metodologia da análise multicritério, considerando-se 5 (cinco) critérios, o que será descrito nos parágrafos que se seguem.

Em uma primeira etapa, identificamos o problema a ser resolvido e definimos os objetivos a serem alcançados, passaremos agora à descrição dos critérios relevantes para a tomada de decisão.

Tomamos como critérios para a análise:

1. Manutenção da representatividade

Como dito anteriormente, a possibilidade de autogerir-se é característica precípua de uma entidade de autogestão e a ela está atrelada a legitimidade para votar e ser votado, de se sentir representado por seus dirigentes e o poder de mudar os rumos da operadora pela maioria de seus votos. Em sendo assim, qualquer das alternativas regulatórias a ser escolhida dependerá da manutenção dessa característica.

2. Segurança jurídica;

O critério segurança jurídica diz respeito ao esclarecimento de dúvidas ou divergências quanto à aplicabilidade dos conceitos normativos atualmente trazidos na norma. Nesse sentido, pontua-se pela definição de critérios e parâmetros mais objetivos.

⁵⁰ Ver mais em <https://www.gov.br/inmetro/pt-br/assuntos/regulamentacao/analise-de-impacto-regulatorio/saiba-mais/guia-para-aplicacao-da-analise-multicriterio-em-air-no-inmetro.pdf>

3. Ampliação da elegibilidade;

Como já ressaltado ao longo dessa análise, o envelhecimento populacional e as restrições para entrada de novos beneficiários fazem com que as autogestões tenham mais dificuldades em manter a sustentabilidade de suas carteiras. Nesse sentido, opções que permitam a ampliação da elegibilidade, ou seja, que permitam que mais pessoas sejam elegíveis para a carteira das autogestões tem o potencial de impactar positivamente a sinistralidade e suavizar o aumento dos custos.

4. Compartilhamento de rede;

A restrição ainda existente para o compartilhamento de rede, mesmo que em ampla medida concedida alargada ainda é um traço que distingue as autogestões das demais operadoras de mercado. De modo a equalizar essa diferenciação, medidas que determinem um tratamento isonômico entre os entes regulados é medida que se impõe para que os agentes possam atuar no mercado de forma equânime.

5. Custo para o regulador

Mesmo que não sejam determinantes para as alternativas possíveis de aperfeiçoamento da regulação, os custos para o regulador determinam como se implementarão as mudanças, o tempo de implementação, os custos para o monitoramento das alterações, sendo, portanto, critério necessário na avaliação pretendida.

Inicialmente, foram comparados os pares que são julgados pela sua importância relativa em relação ao critério acima deles, conforme uma escala de preferência, no caso concreto usando-se de 1 a 9, onde 1 indica igual importância e 9 indica extrema importância. Na análise, no entanto, o grau máximo analisado correspondeu a 7 (forte importância).

■ TABELA 13 - ANÁLISE MULTICRITÉRIO - COMPARAÇÃO ENTRE CRITÉRIOS - GRAUS DE IMPORTÂNCIA

	1 - Manutenção da representatividade	2 - Segurança jurídica	3 - Aumento da elegibilidade	4 - Compartilhamento de rede	5 - Custo do regulador
1 - Manutenção da representatividade		Fraco	Moderado	Extremo	Extremo
2 - Segurança jurídica			Fraco	Forte	Forte
3 - Aumento da elegibilidade				Forte	Fraco
4 - Compartilhamento de rede					Indiferente
5 - Custo do regulador					

■ **TABELA 14 - ANÁLISE MULTICRITÉRIO - COMPARAÇÃO ENTRE CRITÉRIOS - ESCALA**

	1 - Manutenção da representatividade	2 - Segurança jurídica	3 - Aumento da elegibilidade	4 - Compartilhamento de rede	5 - Custo do regulador
1 - Manutenção da representatividade	1	3	5	9	9
2 - Segurança jurídica	1/3	1	3	7	7
3 - Aumento da elegibilidade	1/5	1/3	1	7	3
4 - Compartilhamento de rede	1/9	1/7	1/7	1	1
5 - Custo do regulador	1/9	1/7	1/3	1	1

Relativamente aos critérios, cumpre discorrer sobre a valoração deles. Utilizando-se do método AHP estabeleceu-se o seguinte:

■ **TABELA 15 - CRITÉRIOS DA ANÁLISE - MÉDIA GEOMÉTRICA/PESO/PORCENTAGEM**

CRITÉRIOS:	MÉDIA GEOMÉTRICA	PESO	PORCENTAGEM
1 - Manutenção da representatividade	4,139188984	0,515266749	52%
2 - Segurança jurídica	2,177906424	0,27111658	27%
3 - Aumento da elegibilidade	1,069610376	0,133150398	13%
4 - Compartilhamento de rede	0,295877733	0,036832326	4%
5 - Custo do regulador	0,350515832	0,043633947	4%

Foi dada maior importância para **manutenção da representatividade** por entendermos ser essa característica essencial para qualificação de uma autogestão, ou seja, quaisquer que seja a alternativa escolhida deve ser garantido aos beneficiários a possibilidade de participarem da gestão da operadora seja pela possibilidade de votar e/ou serem votados. A autogestão deve ser constituída para atender aos interesses do grupo ali representado e, portanto, suas ações devem ter como norte as necessidades dos envolvidos, podendo mudar pela vontade da maioria.

Sob essa mesma premissa, também não seria admissível a admissão de um patrocinador que não participasse do órgão deliberativo máximo da entidade de autogestão. Esse foi, aliás, o entendimento do STF no julgamento de mandados de segurança contra ato do TCU que julgou irregulares os convênios de adesão da GEAP: a caracterização de autogestão depende de os beneficiários terem direito de voto para a escolha dos dirigentes da Autogestão (exatamente o ponto de auto-gedir), conforme julgamento dos

Mandados de Segurança nºs 25855, 25919, 25934, 25928, 25922, 25901, 25891, 25866 e 25942. Veja trecho do voto do ministro Lewandowski no MS 25.855, que resume bem o ponto:

“Ainda que fosse possível superar a natureza jurídica contratual do vínculo negocial que a GEAP mantém com a Administração Federal, ainda assim, ao contrário do que se alega, ela não configura uma entidade de autogestão. Com efeito, embora ela tenha sido, inicialmente, engendrada com o singelo objetivo de apoiar os servidores dos órgãos que participaram de sua criação, quais sejam, o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social, a Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV) e o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), com o passar dos anos, a Fundação passou a prestar serviços para os servidores dos demais órgãos e entidades públicos mediante os convênios ora desconstituídos. Mas o fato relevante a ressaltar é que os servidores desses órgãos e entidades não participam do processo deliberativo da GEAP.

...haja vista que o modelo de gestão adotado pela entidade não se enquadra no conceito de autogestão, ainda que examinado em sentido amplo, visto que suas decisões não são tomadas por deliberação direta de seus participantes, circunstância que, a rigor, impediria a sua caracterização como partícipe em convênio a ser celebrado com base no art. 1º, inciso I, do Decreto nº 4.978/2004,....” (grifo nosso).

Como vimos anteriormente, no mesmo sentido é o Guia Previc de Melhores Práticas de Licenciamento, publicado pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar, que:

“Os participantes e assistidos têm o direito de compor os conselhos deliberativo e fiscal, devendo ser paritária a representação nas EFPC que apresentem patrocínio majoritariamente público e de, no mínimo, um terço das vagas, nas EFPC com predomínio de patrocínio privado”⁵¹.

Em seguida, foi dado maior peso à segurança jurídica, aqui entendida como conceituou José Afonso da Silva, “conjunto de condições que tornam possível às pessoas o conhecimento antecipado e reflexivo das consequências diretas de seus atos e de seus fatos à luz da liberdade reconhecida”. Uma importante condição da segurança jurídica está na relativa certeza que os indivíduos têm de que as relações realizadas sob o império de uma norma, seus parâmetros e objetivos poderão ser reconhecidos frente aos demais envolvidos.

Vimos no ARR, que as normas vigentes sobre as Autogestões tentaram trazer maior clareza e transparência ao setor já que à época, esse tipo de operadora gozava de maiores benefícios no contexto regulatório, notadamente quanto à regulação prudencial. No entanto, ao longo dos anos, a definição sobre os conceitos indeterminados trazidos pela norma foram e são objetos de questionamentos e pleitos das autogestões por serem passíveis de interpretação mais elástica quanto a suas restrições. Por ser vago e impreciso, o uso de termos indeterminados acaba por ensejar o surgimento de conceitos diversos.

Com um novo olhar sobre a possibilidade de ampliação de algumas dessas características, a alternativa escolhida deve se ater a critérios objetivos que delineiem os conceitos utilizados, garantindo maior clareza na delimitação dos parâmetros necessários para ser uma autogestão, sendo esse critério relevante para que se elimine ou, pelo menos, reduza a possibilidade de interpretações divergentes⁵².

Em seguida, ponderou-se que o aumento da elegibilidade seria importante, especialmente no que diz respeito à oxigenação necessária às carteiras dessas operadoras que são mais envelhecidas. Tal fato foi evidenciado pelos estudos feitos até aqui pela agência e pela Unidas Autogestão em Saúde que pontuou

⁵¹ <https://www.gov.br/previc/pt-br/publicacoes/guias-de-melhores-praticas/guia-preciv-melhores-praticas-de-licenciamento-1-0.pdf>

⁵² Pois conforme nos ensina a doutrina: “É impossível a lei tudo prever e tudo alcançar, e, por isso, emprega quem a edita termos dotados da necessária fluidez, preservando a flexibilidade do sistema direito positivo perante a naturalmente instável realidade social. Será o labor interpretativo o veículo para dar vida e objetividade aos enunciados do direito positivo, que ganham maior certeza e segurança quando há a concretização normativa do texto legal.” Ver: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/703/r151-06.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

que as carteiras das autogestões têm idade média de 52 anos, sendo que 40,1% dos beneficiários estariam na última faixa etária (59 ou mais).

As operadoras de autogestão são limitadas na possibilidade de atuação e de ampliação do número de vidas. Suas populações são restritas ao ramo de atividade da patrocinadora fundadora ou à categoria profissional de seus beneficiários. As características da força de trabalho e a natureza das atividades da patrocinadora podem influenciar o perfil sociodemográfico da população assistida, com implicações no padrão de adoecimento e de uso dos serviços de saúde.

Além disso, por estarem vinculadas a uma população fechada tendem a ser mais afetadas pelo processo de envelhecimento da população brasileira e pelas políticas de recursos humanos que reduzem o efeito da rotatividade dos beneficiários entre os planos. Destaca-se, ainda que, via de regra, as autogestões continuam a oferecer assistência aos seus beneficiários quando eles se aposentam, característica observada especialmente nas autogestões ligadas ao setor público, inclusive nas empresas de economia mista.

Evidencia-se dessa forma, que a possibilidade de ampliação da elegibilidade pode ter impactos positivos no perfil etário esperado favorecendo o mutualismo e a sustentabilidade dessas operadoras.

Apesar de tal impacto, pela natureza dessa modalidade que pressupõe a representatividade do grupo e a importância dessa característica como elemento definidor das autogestões, pondera-se que tal critério, embora relevante, não pode se sobrepor aos demais, estando em patamar muito próximo ao da segurança jurídica, mas abaixo dos outros dois critérios já expostos.

Outro critério utilizado foi a possibilidade de ampliar o compartilhamento de rede. Atualmente a norma ainda excepcionaliza a contratação indireta fora do município sede, fazendo das autogestões a única modalidade de operadora limitada nesse quesito o que fere a isonomia regulatória. O que no passado se justificaria por ser relevante para gestão direta do cuidado do beneficiário/assistido, com a expansão do teletrabalho e a possibilidade de residência em lugares distantes da sede, tal limitação para contratar rede fora do município sede se tornou excessiva para as autogestões. Como as autogestões só tem essa limitação fora do município sede não foi dado tanto peso a esse critério.

Por fim, o critério cujo valor foi mais baixo é o de “custo para o regulador”. Isso porque há realmente um custo em rever a documentação dessas operadoras que devem requerer atualização cadastral, também espera-se um aumento dos pedidos de autorização de funcionamento caso o setor empregador, frente às novas condições se interesse na constituição de novas autogestão e por fim, no monitoramento do mercado frente às novas características permitidas por eventual alteração normativa.

Ultrapassada a etapa, avaliou-se a consistência das comparações feitas, valendo-se do cálculo do índice de consistência (CI) e do índice de razão de consistência (RC). Se o RC exceder um limite aceitável de 0,1, as comparações devem ser revisadas para reduzir inconsistências. No caso em análise a RC ficou abaixo, com 0,08.

■ **TABELA 16 - ANÁLISE MULTICRITÉRIO - RAZÃO DE CONSISTÊNCIA**

	1 - Manutenção da representatividade	2 - Segurança jurídica	3 - Aumento da elegibilidade	4 - Compartilhamento de rede	5 - Custo do regulador
1 - Manutenção da representatividade	0,57	0,65	0,53	0,36	0,43
2 - Segurança jurídica	0,19	0,22	0,32	0,28	0,33
3 - Aumento da elegibilidade	0,11	0,07	0,11	0,28	0,14
4 - Compartilhamento de rede	0,06	0,03	0,02	0,04	0,05
5 - Custo do regulador	0,06	0,03	0,04	0,04	0,05

Média aritmética	
0,51	2,768376509
0,27	1,444460351
0,14	0,739280066
0,04	0,197718874
0,04	0,224936923
Lambda	5,374772722
Coefficiente de inconsistência - CI	0,093693181
Índice randômico - IR	1,11
Razão de consistência - RC	0,084408271

Diante dos resultados, gera-se a matriz que apresenta os pesos de cada um dos cinco critérios e as pontuações de 0 a 100 para cada alternativa, sendo 0 a de pior atendimento ao critério e 100 a de melhor atendimento ao critério.

■ **TABELA 17 – PESOS DOS CRITÉRIOS X ALTERNATIVAS**

	Pesos	1- Não fazer nada	2- Ampliação interpretativa	3- Alteração normativa reduzida	4- Alteração Normativa Ampla
1- Manutenção da representatividade	51,53%	70	0	100	80
2 - Segurança jurídica	27,11%	30	0	100	100
3 - Aumento da elegibilidade	13,32%	0	30	70	100
4 - Compartilhamento de rede	3,68%	0	0	100	100
5 - Custo do regulador	4,36%	20	0	100	60

■ **TABELA 18 - PONTUAÇÃO DAS ALTERNATIVAS**

	ALTERNATIVA 1	ALTERNATIVA 2	ALTERNATIVA 3	ALTERNATIVA 4
Pontuação	45,07	3,99	96,01	87,95

Em relação ao critério “manutenção da representatividade”, a alternativa 3 obteve a maior pontuação, correspondente a 100, seguida da alternativa 4, 1 e a alternativa 2 com pontuação 0, posto que a norma hoje menciona de forma genérica que os beneficiários devem participar da gestão da operadora, sem especificar como essa poderia se dar ou mesmo estabelecer questões de governança.

Para o critério “segurança jurídica”, a alternativa 2 recebeu 0, pois a ampliação interpretativa apenas aumentaria o número de casos submetidos à julgamento da Diretoria Colegiada e possibilidade de surgimento de interpretações divergentes. A alternativa 3 e 4 obtiveram a maior pontuação (100), enquanto a alternativa de não fazer nada recebeu 70.

Para a “ampliação da elegibilidade” a alternativa 4 foi a mais bem pontuada porque caberia a autogestão definir que grupo abrangeria, seguida da alternativa 3 pontuada com 70 visto que ainda teríamos algumas restrições e da alternativa 2 com 30. A alternativa 3 teve pontuação 0.

Em relação ao critério de “compartilhamento de rede” as alternativas 3 e 4 receberam pontuação máxima, ou seja, apenas com a alteração normativa seria eliminada a restrição para o compartilhamento de rede nas autogestões. Pelo mesmo motivo, as alternativas 1 e 2 receberam pontuação 0.

Por fim, quanto ao critério “custo para o regulador”, a alternativa de maior pontuação foi a 3 que recebeu pontuação máxima, aqui o regulador terá que rever estatutos e organização dessas empresas, mas dentro de critérios melhor definidos como se espera. Em seguida, foi dada pontuação 60 a alternativa 4 por não ter critérios para organização dos grupos, e pontuação 20 a alternativa 2 pois apenas alguns casos chegariam à julgamento da Diretoria Colegiada, mas com possibilidade de aumento ao longo dos anos. A menor pontuada seria a alternativa 1.

As pontuações obtidas passam a ser ponderadas conforme os pesos anteriormente atribuídos e, sendo assim, é possível identificar quais são as melhores alternativas para o enfrentamento do problema regulatório. Conforme pode-se observar no gráfico abaixo, verifica-se que a alternativa “Alteração Normativa Reduzida” foi a mais bem pontuada. Seguida da alternativa “Alteração Normativa ampla” que obteve pontuação um pouco menor que a primeira. A alternativa “Não fazer nada” ainda ficou mais bem pontuada que a “Ampliação interpretativa” que recebeu a pior pontuação.

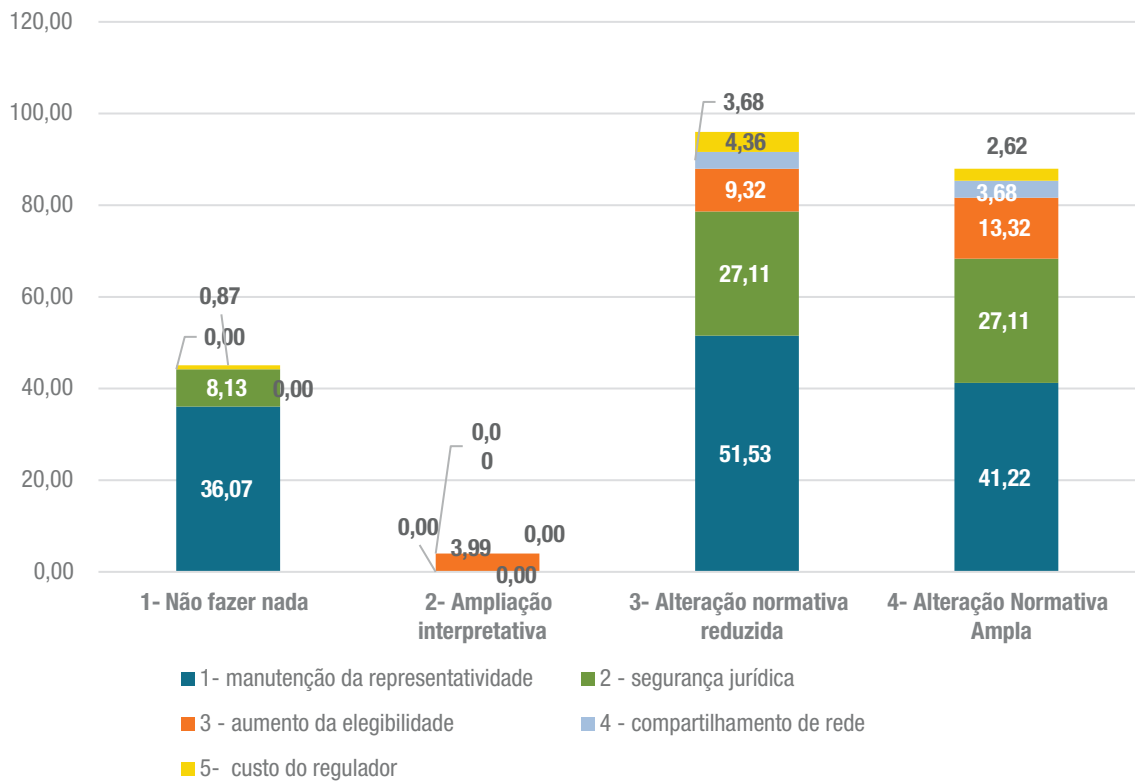
■ **GRÁFICO 1 – COMPARAÇÃO GLOBAL DAS ALTERNATIVAS**



Fonte: Elaboração GPLAN/PRESI – Nov/2024

No gráfico a seguir, é apresentada a pontuação das alternativas por critério, sendo possível verificar o quanto cada critério impactou na pontuação de cada uma das alternativas.

■ **GRÁFICO 2 – PONTUAÇÃO DAS ALTERNATIVAS POR CRITÉRIO**



Fonte: Elaboração GPLAN/PRESI – Nov/2024

CAPÍTULO 12

COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO

Nesta seção, conforme estabelecido nas Diretrizes Gerais e Guia orientativo para elaboração de análise de impacto regulatório – AIR da Casa Civil da Presidência de República (2018), são identificados os possíveis impactos das opções de tratamento regulatório com o objetivo de verificar se seus benefícios superam os respectivos custos e desvantagens para os associados e para a sociedade, quando aplicável, levando-se em consideração os objetivos vislumbrados pelo legislador, uma vez que a opção de inação da ANS não é factível, exceto em relação à sua discricionariedade para estipular regras específicas em relação à governança e capacitação de seus dirigentes. Para alcançar esse fim, a seguir, identifica-se a metodologia utilizada, realiza-se a análise de cada opção de tratamento regulatório e conclui-se sobre a melhor alternativa de ação para a ANS para cada uma delas.

A partir da escolha das alternativas regulatórias descrita nos itens anteriores, é necessário fazer uma comparação entre elas para selecionar aquela mais adequada ao enfrentamento do problema regulatório identificado.

Inicialmente, contudo, cumpre justificar a escolha da metodologia informada por ser a que melhor se enquadra ao caso concreto, uma vez que permite comparar as diversas alternativas e analisar cenários sobre opções regulatórias que não necessariamente representam custos elevados aos regulados. Foram analisadas 4 (quatro) alternativas, sob a metodologia da análise multicritério, considerando-se 5 (cinco) critérios mencionados no capítulo anterior, o que será descrito nos parágrafos que se seguem.

Alternativa 1 – Não fazer nada (manutenção do status quo):

É importante destacar que a RN n.º 137, de 2006 foi o marco regulatório das Autogestões no contexto da Saúde Suplementar. Diante da necessidade de maior clareza e transparência quanto à modalidade de autogestão, podemos considerar que os objetivos foram substancialmente alcançados e que a regulação foi sendo aprimorada ao longo do tempo.

No entanto, os dados científicos que suportam a regulação ao longo dos anos mudaram, as autogestões enfrentam dificuldades para manter suas atividades, enfrentando problemas financeiros pela necessidade de oxigenação de suas carteiras para sua sustentabilidade, a despeito da boa performance que vemos em termos assistenciais.

Nesse sentido, a manutenção do status quo seria o mesmo que acompanhar a saída paulatina desse tipo de operadora do mercado, ignorando os problemas que ao longo do tempo veríamos ser agravados. Por outro lado, desperdiçaríamos a oportunidade de agir enquanto os problemas ainda são passíveis de contorno.

Colocando-se na planilha de avaliação, ponderando-se pelos seguintes critérios a alternativa 1 totalizou 45,07 pontos, distribuídos da seguinte forma:

- a. Manutenção da representatividade: 36,07 – atualmente há na norma previsão genérica de representatividade para seus beneficiários, garantindo uma estrutura mínima de governança. No entanto, não se estabelece em que condições se dará essa representatividade, motivo pelo qual foi dada nota
- b. Segurança jurídica: 8,13 – dada enorme quantidade de casos levados à julgamento da Diretoria Colegiada pela indeterminação de conceitos e parâmetros trazidos pela norma, esse critério recebeu baixa valoração.
- c. Aumento da elegibilidade: 0 – a manutenção do normativo atual nos termos em que se encontra vem diminuindo a quantidade de operadoras nessa modalidade atuando no mercado, bem como o número de beneficiários em autogestões.
- d. Compartilhamento de rede: 0 - não se vislumbra ganhos para esse critério, pois a não mudança irá manter como está a restrição ao compartilhamento de rede para as autogestões.
- e. Custo para o regulador: 0,87 – o critério não pontua muito porque as restrições atuais não impedem que novas interpretações e pleitos de *operadoras em busca da sustentabilidade de suas carteiras continuem ocorrendo*.

A presente alternativa não é a de menor pontuação, afinal essas operadoras mesmo com todas as questões econômico-financeiras apontadas, atuam de forma razoável atendendo seus beneficiários a contento. No entanto, não traz qualquer ganho a beneficiários e operadoras em relação a sustentabilidade dessas carteiras a longo prazo, não atacando o problema regulatório.

Alternativa 2 – Ampliação interpretativa

Para contornar os problemas relativos às mudanças de cenário e contemplar pleitos de operadoras com questões relacionadas à performance no mercado, essa tem sido a alternativa utilizada pelas autogestões para tentar garantir a ampliação de conceitos indeterminados e/ou a interpretação menos restritiva. No entanto, a interpretação casuística pela Diretoria Colegiada tende a aumentar as divergências e questão controvertidas em relação ao normativo.

Colocando-se na planilha de avaliação, ponderando-se pelos seguintes critérios, a alternativa 2 totalizou a menor quantidade de pontos entre as alternativas avaliadas, com 3,99 pontos, distribuídos da seguinte forma:

- a. *Manutenção da representatividade: 0 – como não haveria alteração normativa, o critério genérico posto no normativo não seria incentivo suficiente para qualquer mudança, carecendo do enforcement necessário a melhorias em questões de governança.*
- b. Segurança jurídica: 0 - Para as autogestões, o maior ganho talvez viesse da alteração de regras regulatórias restritivas, embora essas também não fossem suficientes a sanar todas as dúvidas e/ou controvérsias. Avalia-se que a falta de clareza e indeterminação de conceitos regulatórios geram uma série de pleitos e reclamações das autogestões em relação às restrições que lhe são impostas.
- c. Aumento da elegibilidade: 3,99 pontos – a única pontuação que essa alternativa recebeu, se deu em virtude da multiplicação da nota 30 pelo peso do critério 13,32%, isso porque nesse quesito, a ampliação interpretativa permite um aumento mesmo que pequeno da elegibilidade. Garante-se pelo julgamento da Diretoria Colegiada um alargamento dos conceitos restritivos impostos pela norma.

- d. Compartilhamento de rede: 0 - não se vislumbra ganhos para esse critério, pois a não mudança irá manter como está a restrição ao compartilhamento de rede para as autogestões.
- e. Custo para o regulador: 0 – não se vislumbra custos em alterar a interpretação restritiva sobre a atuação casuística de algumas autogestões. Isso ficará ao encargo da equipe técnica da ANS e da Diretoria Colegiada. No entanto, esse *panorama pode ser impactado caso haja um aumento de pleitos de autogestões em situação semelhante*.

Alternativa 3 – Alteração Normativa Reduzida

A norma aponta para aspectos sensíveis que merecem atenção do regulador para que sua efetividade não impeça a manutenção desse segmento no mercado e que não seja barreira para sua atuação, notadamente no que diz respeito aos conceitos que delimitam o “fechamento do grupo” e sua representatividade.

Toda a regulamentação sobre as autogestões perpassa por essa característica central, diferindo das demais modalidades pela existência de duas circunstâncias operacionais básicas: I - Inexistência de finalidade lucrativa e II – não participam do nicho de vendas desses serviços, de forma que existem exclusivamente para a assistência à saúde dos seus associados e beneficiários. Tais características aliadas à i) estagnação do número de beneficiários frente às demais modalidades de atuação de operadoras que ofertam planos médico-hospitalares; ii) envelhecimento dos grupos assistidos; iii) possível aumento da sinistralidade; podem impactar na sustentabilidade desse segmento.

A alternativa 3 pretende atacar o problema regulatório apontado com o saneamento dos pontos sensíveis elencados pelas análises de resultado e impacto regulatórios, promovendo alterações normativas que saneiem as questões apresentadas, seja porque delineiam melhor os conceitos, porque ampliam a elegibilidade ou porque retiram restrições que firam a isonomia regulatória.

Colocando-se na planilha de avaliação, ponderando-se pelos seguintes critérios, a alternativa 3 totalizou 96,01 pontos, distribuídos da seguinte forma:

- a. *Manutenção da representatividade: 51,53 pontos. Qualquer flexibilização do conceito de grupo fechado ou da condição de patrocinador deve estar amparada pela questão da representatividade, motivo pelo qual se propõe uma abertura gradual com parâmetros pré-determinados aliados a questões de governança mínima que garantam que seus beneficiários se sintam representados pela alta gestão da operadora. Como a norma atual menciona, mas não é explícita sobre como se daria essa participação, entendemos que essa poderia ser uma grande oportunidade para aperfeiçoar o regramento atual, melhor delineando sua estrutura para atender à representatividade.*
- b. Segurança jurídica: 27,11 pontos. Pela análise feita, aqui não estaríamos falando sobre uma nova estrutura para o normativo atual ou mesmo de descaracterizar o conceito de grupo fechado, mas de uma abertura dos conceitos postos no normativo ponto a ponto, esclarecendo e delimitando as questões controvertidas na medida do possível.
- c. Ampliação da elegibilidade: 9,32 pontos. Não temos nesse critério a maior pontuação possível, pois nessa alternativa não se pretende uma ampliação ilimitada da elegibilidade, mas sim uma ampliação dos grupos hoje já existentes. Considerando que a ANS detém competência normativa para disciplinar a elegibilidade de beneficiários de planos de saúde, entendida aqui como o conjunto de exigências para ingresso em determinado plano de saúde faz-se necessário

revisitar esses conceitos, esclarecendo em que medida se daria a ampliação da elegibilidade. A ampliação do “grupo fechado” alcançado pelas autogestões poderia assim trazer benefícios potenciais à sua “saúde econômico-financeira” na medida em que possibilitaria o incremento no número de beneficiários e a oxigenação da carteira e, conseqüentemente, maior diluição dos riscos financeiros a que a operadora estaria exposta, além de potencializar a concorrência.

- d. Compartilhamento de rede: 3,68 pontos. Maior pontuação possível, pois, apenas por alteração normativa poderia ser retirada qualquer restrição ao compartilhamento de rede.
- e. Custo para o regulador: 4,36 pontos. Haverá custos para o regulador na medida em que para se adaptar à nova regulamentação as autogestões deverão alterar seus estudos e submetê-los a análise da Ans. Também serão submetidos à análise do Órgão regulador, pedidos de autorização de funcionamento de novas autogestões.

Em virtude dos ganhos para ampliação da elegibilidade com a manutenção da representatividade, combinado com um risco mais baixo para sua implementação, a presente alternativa apresenta a maior pontuação dentre as alternativas analisadas, com o total de 96,01 pontos.

Verifica-se ainda sobre a possibilidade de aperfeiçoamento das regras para acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras o que trará maior clareza quanto ao tratamento econômico-financeiro a ser dado às autogestões.

Alternativa 4 – Alteração Normativa Ampla

Essa alternativa, que à primeira vista poderia ser eficiente para resolução de problemas observados, não à toa ela tem a segunda maior pontuação. No entanto, enfrenta algumas fragilidades que acabam tornando-a uma alternativa com um maior potencial de riscos, ou seja, podendo ser ineficaz ou produzir efeitos adversos inesperados.

Foi vislumbrado pela presente análise de impacto que o resultado de uma ampliação mais restrita ensejaria mudanças positivas às operadoras. Baseado em premissas pré-estabelecidas como ampliação do grupo familiar, do grupo econômico, da eliminação da correlação de atividades entre patrocinadores e na possibilidade de união de mais de uma categoria profissional, as operadoras apresentaram o potencial de aumento, perfil etário esperado e os impactos na sinistralidade. Ou seja, foi possível estimar, mesmo que de forma preliminar, os impactos de aberturas específicas. A ideia seria, portanto, ampliar, mas não descaracterizar o grupo fechado ou os diferentes grupos ali reunidos, sendo esse um efeito inoportuno de uma abertura irrestrita.

Uma abertura apenas amparada no poder associativo de seus beneficiários poderia levar à uma potencial descaracterização da identidade representativa de seus associados, como hoje ocorre em planos de adesão.

Colocando-se na planilha de avaliação, ponderando-se pelos seguintes critérios, a alternativa 4 totalizou 87,95 pontos, distribuídos da seguinte forma:

- a. Manutenção da representatividade: 41,22 pontos. Como não há como prever o comportamento do mercado frente às regras que ampliem de forma generalizada a elegibilidade, o Órgão Regulador teria que potencializar as regras referentes à governança, criando mecanismos para impedir que se criassem falsas associações em que os beneficiários não fossem de fato representados. Se o ente regulador buscasse, pela fiscalização, monitorar a efetividade dessas regras, correria o risco de ver crescer o número de reclamações. Por outro lado, a qualidade da assistência

a ser prestada poderia ser impactada pela heterogeneidade do grupo formado por relações não laborais ou assemelhadas.

- b. Segurança jurídica: 27,11 pontos. Esse critério receberia pontuação máxima, pois, como não haveria restrições à ampliação do grupo, qualquer associação que descrevesse as regras para elegibilidade em seu estatuto social seria alcançada pela norma.
- c. Ampliação da elegibilidade: 13,32 pontos. Esse critério recebe pontuação máxima visto que não haveria qualquer restrição à liberdade associativa.
- d. Compartilhamento de rede: 3,68 pontos. Maior pontuação possível, pois, apenas por alteração normativa poderia ser retirada qualquer restrição ao compartilhamento de rede.
- e. Custo para o regulador: 60 pontos. Haverá custos para o regulador na medida em que para se adaptar à nova regulamentação as autogestões *deverão alterar seus estudos e submetê-los a análise da Ans. No entanto, essa análise seria sumária visto que não haveria restrições à ampliação da elegibilidade. Também serão submetidos à análise do Órgão regulador, pedidos de autorização de funcionamento de novas autogestões.*

12.1 Análise de sensibilidade

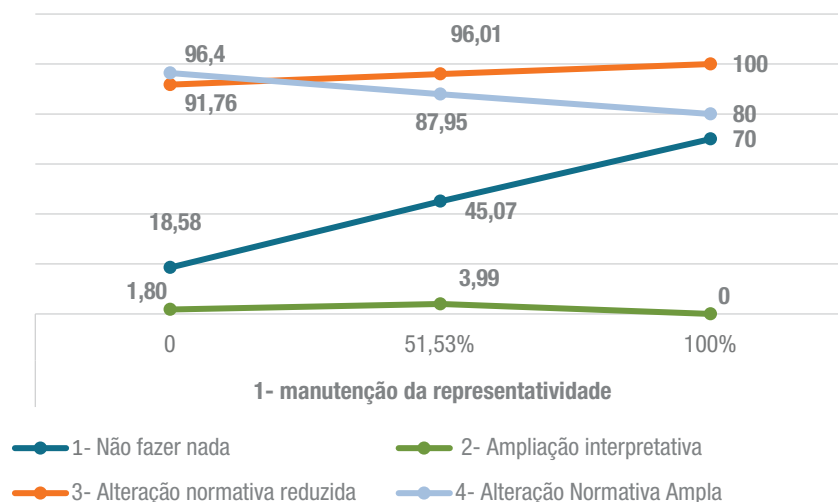
Como as alternativas 3 e 4 obtiveram pontuações parecidas, para verificarmos quão robusto é o resultado obtido, utilizaremos a **análise de sensibilidade** para aferir o peso dos critérios que impactaram no resultado da análise.

Tal avaliação é importante por identificar quais os critérios apresentam maior impacto para a decisão final/ alternativa escolhida. A avaliação da variação da pontuação pela alteração dos pesos demonstra quais são os itens de maior sensibilidade na análise, permitindo, ainda, uma visão de diversos cenários conforme a priorização dada.

A análise de sensibilidade, portanto, ajuda a embasar as decisões tomadas pelo órgão responsável, além de lançar luz sobre todo processo de valoração dos critérios. Por serem os mais importantes considerados, analisaremos os critérios: “manutenção da elegibilidade”, “segurança jurídica” e “ampliação da elegibilidade” nos próximos parágrafos.

Em relação ao critério dado como mais importante, ou seja, a manutenção da representatividade imagine-se que ele não tenha peso nenhum, ainda assim a alternativa 3 seria a mais importante. Só teríamos a alternativa 4 na frente quanto ao aumento da elegibilidade. Senão vejamos:

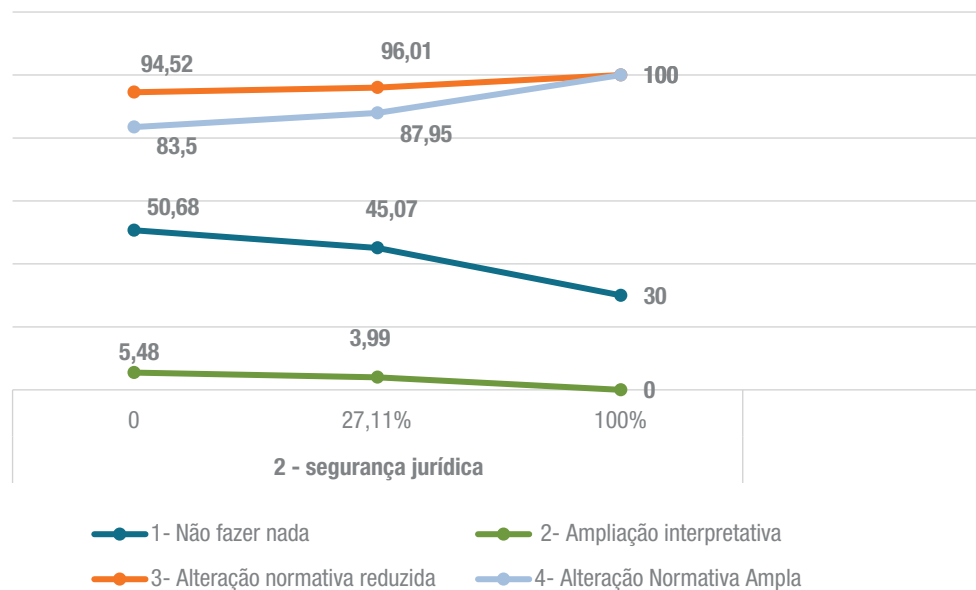
■ GRÁFICO 3 – ANÁLISE DE SENSIBILIDADE – MANUTENÇÃO DA REPRESENTATIVIDADE



Fonte: Elaboração GPLAN/PRESI – Nov/2024

Se considerássemos a exclusão da “segurança jurídica”, teríamos um ganho da 3 na maior parte dos critérios com um empate em apenas um deles que seria o compartilhamento de rede isto porque como vimos anteriormente, a restrição existente só poderia ser eliminada pela alteração normativa. Vejamos no gráfico abaixo:

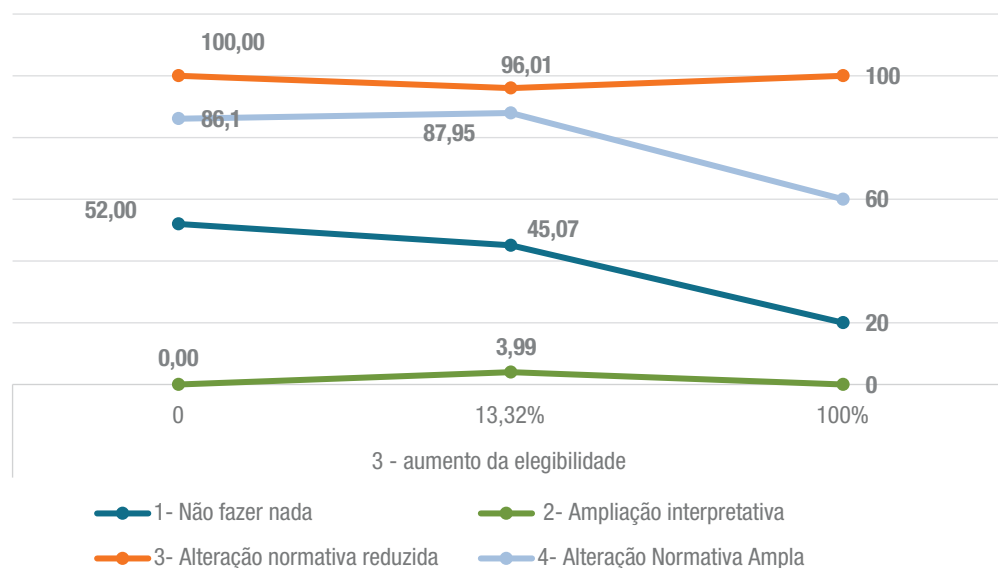
■ GRÁFICO 4 – ANÁLISE DE SENSIBILIDADE – SEGURANÇA JURÍDICA



Fonte: Elaboração GPLAN/PRESI– Nov/2024

Por fim, considerando o critério de “ampliação da elegibilidade”, ao retirá-lo da ponderação, a alternativa 3 se mostra superior em todos os demais critérios, sendo este, portanto, o que nos parece mais relevante quanto à alternativa 4, como vemos no gráfico abaixo.

■ GRÁFICO 5 – ANÁLISE DE SENSIBILIDADE – AMPLIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE



Fonte: Elaboração GPLAN/PRESI– Nov/2024

Como a norma tem em sua essência a necessidade de manutenção da representatividade como característica de uma autogestão, esse critério assume maior importância. Para a análise feita, o peso maior foi dado a abertura de grupo que mantivesse suas características e pudesse se autorepresentar, seja porque pode votar ou ser votado, seja porque pode mudar os rumos da autogestão pela maioria dos seus votos.

Além disso, alguns critérios só seriam alcançados com alterações normativas, como a constituição de estrutura mínima de governança e o compartilhamento de rede, já que hoje se encontram delimitados no normativo.

Por essa razão, as duas propostas normativas apresentam valores próximos, embora a questão da ampliação da elegibilidade também tenha grande importância e para um tratamento mais abrangente demandaria uma revisão total do normativo.

A importância da manutenção da representatividade pelos motivos já expostos, embora por si só não sirva para definir uma escolha, analisado em conjunto com a segurança jurídica e ampliação da elegibilidade termina por definir a alternativa, funcionando como um “supercritério”.

Verifica-se que o peso de cada critério na pontuação alcançada pela análise multicritério acabou transformando o critério de “manutenção da representatividade” como definidor para a escolha final e pontuação aferida por cada alternativa. Uma vez que a diferença entre as duas alternativas que mais pontuaram está próxima, seria possível justificar mediante descrição/alteração dos pesos a escolha da alternativa diversa.

É essencial comparar o 1º e 3º critérios para diferenciar as duas alternativas normativas que obtiveram uma pontuação próxima. O primeiro passo da análise foi a possibilidade de estimar o nível de impacto de cada critério para as autogestões. Isso só foi conseguido dentro da ampliação normativa restrita, ou seja, apenas o impacto de uma ampliação da elegibilidade restritiva pode ser medido, seguido da análise da ampliação de uma estrutura mínima de governança que fosse explícita quanto à possibilidade de participação dos beneficiários.

Na medida que a regulação em muitas ocasiões força o regulador a fazer escolhas que não sendo as melhores são as melhores possíveis (Second best), a manutenção da representatividade atua de forma a

tratar o aspecto da viabilidade/oportunidade em detrimento ao aspecto da melhoria plena. Recomenda-se, pois, fazer o possível para o momento, ainda mais em se considerando que qualquer mudança implementada atualmente impediria que outras alterações venham a ser feitas quando oportunamente discutidas e melhor embasadas.

Não se descartaria, portanto, uma ampliação ampla, que alterasse sobremaneira a estrutura do normativo como um segundo passo para futuras alterações, caso se verifique o insucesso ou as limitações de alterações reduzidas inicialmente implementadas.

CAPÍTULO 13

DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA

As alternativas melhor pontuadas alicerçam-se na alteração do normativo vigente, aperfeiçoando os instrumentos criados pela Resolução Normativa - RN nº 137/2006 e posteriores alterações, o que viabilizaria a oxigenação das carteiras cada dia mais afetadas pelo envelhecimento populacional e propiciaria a sustentabilidade dessa modalidade no mercado.

Atualmente, de acordo com a definição das modalidades feita pela lei e normativos vigentes, a Diretoria de Habilitação e Normas das Operadoras (DIOPE) analisa os atos constitutivos e estatutos de operadoras que pedem autorização para funcionamento e registro ANS. A Ans ainda analisa os pedidos de atualização cadastral verificando se a documentação apresentada atende os requisitos para permanecer na modalidade adequada e monitorando assim, sua atuação.

Nesses momentos, as normas referentes à modalidade de Autogestão são observadas para atuação regular das operadoras. Caso não sejam observadas as regras para caracterização na modalidade, a operadora pode ser reclassificada como medicina de grupo, por exemplo.

Vimos que o estatuto social é o instrumento jurídico a partir do qual a DIOPE analisa o enquadramento de uma operadora como autogestão ou não. No entanto, quando restam dúvidas ou omissões em relação ao correto enquadramento da operadora, notadamente quanto aos conceitos trazidos pela norma, a questão é levada a julgamento da Diretoria Colegiada para dirimir a divergência e nesse momento, a competência de normatizar e dispor nos casos omissos, que é inerente ao 'poder regulamentar da ANS, exercida pela DICOL, muitas vezes leva a uma ampliação potencial dos conceitos restritivos que norteiam a atuação das autogestões para o caso concreto.

Quando isso ocorre, outras operadoras em situações semelhantes demandam a mesma análise utilizando como precedente o julgado da Diretoria Colegiada, levando ao aumento do número de casos para análise da área técnica e à insegurança quanto à correta interpretação dos limites da norma. Foram casos como esse que trouxemos anexos ao relatório de Análise de Resultado Regulatório.

Como medida de monitoramento se propõe num primeiro momento o treinamento da equipe da Coordenação de Habilitação de Operadoras para as novas diretrizes trazidas por eventual alteração normativa, além de workshops para dúvidas com as operadoras dessa modalidade.

Paralelamente, poderíamos utilizar os parâmetros definidos em normativo nos sistemas em funcionamento para análise das alterações normativas, fazendo com que a análise dos casos seja reduzida e por conseguinte, suavizando os custos ao regulador.

Não há previsão de sanção específica além daquelas já previstas na norma, mas permaneceria a possibilidade de reclassificação da modalidade caso não fossem observadas as regras que constituem as autogestões.

Considerando que as alterações propostas impactam diferentemente a organização e o funcionamento das operadoras identificadas como Autogestões, propomos a adoção de período de *vacatio legis* de, no mínimo, 24 (vinte e quatro) meses para a vigência dos dispositivos que disciplinam as questões de estrutura de governança e de 30 (trinta) dias para a vigência das demais alterações, objeto desta AIR.

Convém esclarecer que, mesmo com essa previsão de revisão, a Agência continuará acompanhando a evolução do ambiente regulado, podendo propor, em prazo inferior ao recomendado, a alteração da regulamentação em decorrência de mudanças de ordem legal, da necessidade de aprimoramento dos termos propostos, do surgimento de novas questões e de ações da Autarquia para promover o desenvolvimento do segmento das Autogestões no mercado de Saúde Suplementar, entre outros.

As operadoras em comento serão monitoradas pela Habilitação e pelo Acompanhamento Econômico-Financeiro em atividades rotineiras da Agência que já se prestam a esse fim.

CAPÍTULO 14

CASO A ALTERNATIVA MAIS ADEQUADA SEJA A EDIÇÃO OU ALTERAÇÃO DE ATO NORMATIVO, SERÁ REGISTRADO O PRAZO MÁXIMO PARA A SUA VERIFICAÇÃO QUANTO À NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO ESTOQUE REGULATÓRIO (ART. 14 DO DECRETO Nº 10.411/2020)

Com fundamento nas exposições integrantes da presente análise de impacto regulatório, propõe-se a elaboração, aprovação e publicação de alteração normativa pela ANS aprimorando a regulamentação que dispõe sobre a organização e funcionamento das autogestões, bem como da regulação que dispõe sobre a ampliação da elegibilidade de seus beneficiários, governança dessas operadoras, relação entre patrocinadores e beneficiários vinculados além do compartilhamento de rede.

Sugere-se que o texto preliminar da proposta de resolução normativa seja objeto de consulta pública, permitindo mais uma vez, a ampla participação social.

Adicionalmente, no que concerne à revisão da regulamentação proposta, entende-se que o prazo máximo recomendável seria de 5 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAUJO, João Davi Cordeiro de. **Governança em entidades fechadas de previdência complementar: análise comparativa sobre as características dos estatutos sociais**. 2021. 27 f. Artigo (Graduação em Direito) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2021.

Associação Brasileira de Previdência Complementar. (2020, jan./fev.). **A nova geração de planos CD**. Revista Previdência Complementar, São Paulo, 39(426), 21-26. Recuperado de <https://bit.ly/2LFCFSt>.
Casa Civil et al. Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR. (2018) Disponível em: www.gov.br/casacivil/pt-br/centrais-de-conteudo/downloads/diretrizes-gerais-e-guia-orientativo_final_27-09-2018.pdf/view [acessado em 14/7/2024].

Cardoso S, Capelo Júnior E, Chagas DMS, Rocha AS, Batista PC de S. **Pequenas e médias empresas como patrocinadoras de planos previdenciais em entidades fechadas de previdência complementar**. Revista contabilidade e finanças. [Internet]. 2006 Dec;17(spe2):28–41. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1519-70772006000500003>

CRUZ, Ramon Martins da. **Autogestão por RH: processo de migração para uma Operadora**. Orientador: Romilson Rangel Aiache. 2021. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2021.

DUTRA, Rodrigo Stigger. **A arquitetura organizacional aplicada à construção de entidade de autogestão em saúde**. Orientador: Ronald Otto Hillbrecht. 2006. Dissertação (Mestrado Profissional – Pós-Graduação em Economia. Faculdade de Ciências Econômica de Porto Alegre, 2006. <http://hdl.handle.net/10183/11581>

FREIRE, Simone Sanches. **Análise descritiva do papel da Notificação Preliminar de Intermediação (NIP) como insumo regulatório do setor de saúde suplementar brasileiro**. Orientador: Adriano Massuda. 2021. Dissertação (Mestrado EASP - Escola de Administração de Empresas De São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. <https://hdl.handle.net/10438/30857>

VASCONCELOS, José Carlos. **Fatores da heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das operadoras de autogestão em saúde no Brasil. 2022**. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Organizacional) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022. DOI <http://doi.org/10.>

Gomes, L. F. A. M., González Araya, M. C. ., & Carignano, C. (2004). Tomada de decisões em cenários complexos. Cengage Learning.

GUIA PREVIC MELHORES PRÁTICAS DE LICENCIAMENTO PARA EFPC 2021

GUIOTTI, Igor Xavier Pedreiro; COSTA, Abimael de Jesus Barros; BOTELHO, Ducineli Régis. Revista Ciências Administrativas, Fortaleza, v. 26, n. 1, e9107, 2020. DOI: 10.5020/2318-0722.2020.26.1.9107. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rca/article/view/e9107/pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

LIMA, I. P. de .; OLIVEIRA, E. R. de; SANTOS, G. C.; SANTOS, D. L. de J. S. dos .; DIHL OLIVEIRA, E. **Análise da relação da quantidade de participantes ativos das entidades fechadas de Previdência Complementar (EFPC) com o ambiente socioeconômico**. REVISTA AMBIENTE CONTÁBIL - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - ISSN 2176-9036, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 174–195, 2022. DOI: 10.21680/2176-9036.2022v14n1ID24014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/24014>. Acesso em: 5 ago. 2024.

MASCARENHAS, André Luiz Fernandes. **Operadora de Autogestão Em Saúde: O” Caso” Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil-Cassi**. 2019. Dissertação de Mestrado. ISCTE-Instituto Universitario de Lisboa (Portugal).

MATOS, João Boaventura Branco de. Três ou quatro tônicas e uma onda: mapeamento de cenário e prospecção de ações regulatórias para o campo da Saúde Suplementar no decênio 2019-2028. Relatório de Pós-Doutoramento, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)], 2019. Rio de Janeiro. <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/4562>

MATOS, João Boaventura Branco de. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das mudanças do papel do Estado**. 2011. 280 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MOTA, Lidia do Carmo Sequeira. **O envelhecimento e as despesas na saúde suplementar brasileira: uma análise do período de 2017 a 2021**. 2022. Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.ans.gov.br/biblioteca/index.php?codigo_sophia=8853. Acesso em: 30 set. 2024.

OLIVEIRA, Járllisson Santana Grimaldi De. **Autogestão em saúde: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017**. 2019. Monografia (Graduação em Ciências Contábeis) - Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019. DISPONÍVEL EM: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13944>

SEAE, S. D. (2021). **Guia para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório (AIR)**. Brasília, Brasil.

Sestelo, J. A. de F., Souza, L. E. P. F. de ., & Bahia, L.. (2014). **Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010**. Saúde Em Debate, 38(102), 607–623. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140056>

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. São Paulo: Malheiros, 2006.

VALLE, Felipe Umeda. **Longevidade, equilíbrio e sustentabilidade. Efeitos do envelhecimento demográfico nos planos de saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/23729> . Acesso em: 21 dez. 2023

Vasconcelos, J. C. (19 de Dezembro de 2022). **Fatores da heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das autogestões em saúde no Brasil. Fatores da heterogeneidade do desempenho econômico-financeiro das autogestões em saúde no Brasil**. Uberlândia, MG, Brasil. Acesso em 25 de Junho de 2024, disponível em <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/37083>